

Le soutien à domicile des personnes handicapées et dépendantes dans les pays de l'OCDE

Bibliographie thématique

Avril 2020

Centre de documentation de l'Irdes

Marie-Odile Safon

Véronique Suhard

Synthèses & Bibliographies

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

<https://www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html>

Sommaire

Problématique.....	3
Définitions.....	3
Quelques revues de la littérature	5
L'accompagnement à domicile : rapports institutionnels et perspectives macroéconomiques	31
ÉTUDES : FRANCE.....	31
ÉTUDES : EUROPE.....	70
ÉTUDES : AUSTRALIE, CANADA, ÉTATS-UNIS, JAPON....	101
Financement des soins, RAC, solvabilité	111
ÉTUDES : FRANCE.....	111
ÉTUDES : EUROPE.....	143
ÉTUDES : AUSTRALIE, CANADA, ÉTATS-UNIS, JAPON....	182
Économie du travail.....	210
Prise en charge : parcours, acteurs, coordination	225
ÉTUDES : FRANCE.....	225
ÉTUDES : EUROPE.....	247
ÉTUDES : AUSTRALIE, CANADA, ÉTATS-UNIS, JAPON....	293
Organisation et offre de soins : adéquation sur le territoire en France	326
Innovations.....	363

Problématique

Réalisée à la demande de la CNSA pour la préparation de ses *Rencontres scientifiques* prévues en septembre 2020, cette bibliographie a pour objectif de dresser un état des lieux du soutien à domicile des personnes handicapées et dépendantes dans les pays de l'OCDE sous l'angle de la dépendance lourde et du handicap sévère et dans une perspective économique.

Les aspects principalement ciblés sont les suivants :

- Comparaisons internationales du secteur de l'accompagnement à domicile ;
- Solvabilité, financement, restes à charge ;
- Organisation de l'offre de soins : prise en charge par les différents acteurs, coordination ;
- Économie du travail des intervenants ;
- Adéquation de l'offre et de la demande en France ;
- Littérature récente sur l'évaluation de dispositifs innovants dans l'accompagnement au domicile.

Les recherches bibliographiques ont été réalisées sur les bases et portails suivants : Base de l'Irdes, Banque de données santé publique (BDSP), Base de l'Ehesp, Cairn, Medline et Science direct sur une période de dix ans (2010 à février 2020). Les références bibliographiques sont classées par année, puis par ordre alphabétique d'auteurs et de titres. Elles sont accompagnées de résumé. Cette bibliographie ne prétend pas à l'exhaustivité.

Définitions

Acker, D. et Bonnet, C. (2019). Politique de soutien à l'autonomie des personnes âgées : quelques comparaisons internationales. Note du Conseil de l'Age. Paris HCFEA

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

Cette note porte sur 9 pays : l'Allemagne, le Danemark, l'Espagne, l'Italie, la Suède et le Québec, ainsi que sur la Belgique, les Pays-Bas et le Japon. Tous les pays étudiés sont confrontés aux enjeux du vieillissement et de la perte d'autonomie. Les stratégies développées et les grandes orientations sont similaires : priorité au soutien à domicile, diversification des réponses en termes de lieux de vie et des choix offerts aux familles, tendance à l'extension des prestations en espèces plutôt qu'en nature, soutien aux aidants et attention portée à la question de la qualification des professionnels du secteur.

HCFEA (2019). Avis du Conseil de l'âge sur la terminologie du grand âge. Paris : HCFEA

http://www.hcfea.fr/IMG/pdf/hcfea_-_conseil_de_l_age_-_annexes_avis_terminologie_grand_age_vf-2.pdf

Kane, R. A. (1995). "Expanding the home care concept: blurring distinctions among home care, institutional care, and other long-term-care services." *Milbank Q* **73**(2): 161-186.

Distinctions between home care and residentially based care are blurring because of two trends: home care providers are offering services, including personal assistance, outside of the private, self-contained family home or apartment; and a market-driven movement is underway to develop group residential settings where long-term-care (LTC) consumers with substantial disability receive personal care and nursing in their own, fully equipped,

apartments where they largely control the schedule. For the customers, such boundary blurring can lead to experiences of greater power and normality in their everyday lives. State regulations will help determine the extent to which new, "residentially" oriented models of LTC are feasible. Home care providers are challenged to develop flexible and creative paradigms for service that are built on a recognition that older adults with disabilities have the right to choose risks.

Lecerf, M. (2017). Politique européenne en faveur des personnes handicapées : de la définition du handicap à la mise en œuvre d'une stratégie. Strasbourg Parlement Européen
http://www.cfhe.org/upload/actualit%C3%A9s/2017/EPRS_IDA%282017%29603981_FR-1.pdf

La présente publication présente un aperçu de la politique de l'Union européenne en faveur des personnes handicapées. Elle aborde la question de la définition du handicap aux niveaux international, européen et national. Elle dresse un tableau des difficultés de mesure du handicap tout en apportant quelques résultats statistiques. Elle décrit l'action de l'Union européenne concernant les personnes souffrant d'un handicap. Elle mentionne les positions du Parlement européen.

São José, J. M. S., Amado, C. A. F., Ilinca, S., Buttigieg, S. C. et Taghizadeh Larsson, A. (2017). "Ageism in Health Care: A Systematic Review of Operational Definitions and Inductive Conceptualizations." *The Gerontologist* **59**(2): e98-e108.
<https://doi.org/10.1093/geront/gnx020>

International and national bodies have identified tackling ageism in health care as an urgent goal. However, health professionals, researchers, and policy makers recognize that it is not easy to identify and fight ageism in practice, as the identification of multiple manifestations of ageism is dependent on the way it is defined and operationalized. This article reports on a systematic review of the operational definitions and inductive conceptualizations of ageism in the context of health care. We reviewed scientific articles published from January 1995 to June 2015 and indexed in the electronic databases Web of Science, PubMed, and Cochrane. Electronic searches were complemented with visual scanning of reference lists and hand searching of leading journals in the field of ageing and social gerontology. The review reveals that the predominant forms of operationalization and inductive conceptualization of ageism in the context of health care have neglected some components of ageism, namely the self-directed and implicit components. Furthermore, the instruments used to measure ageism in health care have as targets older people in general, not older patients in particular. The results have important implications for the advancement of research on this topic, as well as for the development of interventions to fight ageism in practice. There is a need to take into account underexplored forms of operationalization and inductive conceptualizations of ageism, such as self-directed ageism and implicit ageism. In addition, ageism in health care should be measured by using context-specific instruments.

Thome, B., Dykes, A. K. et Hallberg, I. R. (2003). "Home care with regard to definition, care recipients, content and outcome: systematic literature review." *J Clin Nurs* **12**(6): 860-872.

In spite of the fact that home care has grown considerably during the last few years and will continue to grow even more in the future, home care as a phenomenon and a concept is not clearly defined. The aim of this study was to review the empirical literature for the description of home care as a phenomenon and as a concept, especially with regard to who the care recipients are, what actions and assessments are performed and what effects are achieved for the care recipient in terms of functional health status and quality of life (QoL).

Twenty-six relevant studies meeting the inclusion criteria and requirements for methodological quality were identified. The phenomenon of home care is described through content, outcome and objectives. The content of home care involved a range of activities from actions preventing decreased functional abilities in old people to palliative care in advanced diseases. The outcome had two different underlying foci: (1). for the benefit of the patient based on the assumption that being cared at home increases their QoL, (2). in the interests of the society, to minimize hospital care by moving activities to the home of the patient. The objectives were found to be aiming at improving the QoL and/or maintaining independence, by means of actions and assessments, based on the patient's needs, undertaken to preserve and increase functional ability and make it possible for the person to remain at home. In conclusion, home care as a phenomenon was the care provided by professionals to people in their own homes with the ultimate goal of not only contributing to their life quality and functional health status, but also to replace hospital care with care in the home for societal reasons; home care covered a wide range of activities, from preventive visits to end-of-life care.

- [Voir sur le site du ministère de la santé l'ensemble des aides et soins à domicile en France](#)

Quelques revues de la littérature

Afzal, A., Stolee, P., Heckman, G. A., Boscart, V. M. et Sanyal, C. (2018). "The role of unregulated care providers in Canada-A scoping review." *Int J Older People Nurs* **13**(3): e12190.

AIMS AND OBJECTIVES: This scoping review explored: (i) the role of unregulated care providers in the healthcare system; (ii) their potential role on interprofessional teams; (iii) the impact of unregulated care provider's role on quality of care and patient safety; and (iv) education and employment standards. **BACKGROUND:** Unregulated care providers in Canada assist older adults with personal support and activities of daily living in a variety of care settings. As the care needs of an aging population become increasingly complex, the role of unregulated care providers in healthcare delivery has also evolved. Currently, many unregulated care providers are performing tasks previously performed by regulated health professionals, with potential implications for quality of care and patient safety. Information is fragmented on the role, education and employment standards of unregulated care providers. **METHODS:** A scoping review was conducted following the methods outlined by Arksey and O'Malley (*International Journal of Social Research Methodology*, 8, 2005, 19) and Levac, Colquhoun, and O'Brien (*Implementation Science*, 5, 2010, 69). An iterative search of published and grey literature was conducted from January 2000 to September 2016 using Medline, CINAHL, SCOPUS and Google. Inclusion and exclusion criteria were applied to identify relevant studies published in English. **RESULTS:** The search yielded 63 papers for review. Results highlight the evolving role of unregulated care providers, a lack of recognition and a lack of authority for unregulated care provider decision-making in patient care. Unregulated care providers do not have a defined scope of practice. However, their role has evolved to include activities previously performed by regulated professionals. Variations in education and employment standards have implications for quality of care and patient safety. **CONCLUSIONS:** Unregulated care providers are part of an important workforce in the long-term care and community sectors in Canada. Their evolving role should be recognised and efforts made to leverage their experience on interprofessional teams and reduce variations in education and employment standards. **IMPLICATIONS FOR PRACTICE:** This study

highlights the evolving role of unregulated care providers in Canada and presents a set of recommendations for implementation at micro, meso, and macro policy levels.

Anker-Hansen, C., Skovdahl, K., McCormack, B. et Tonnessen, S. (2018). "The third person in the room: The needs of care partners of older people in home care services-A systematic review from a person-centred perspective." *J Clin Nurs* **27**(7-8): e1309-e1326.

AIMS AND OBJECTIVES: To identify and synthesise the needs of care partners of older people living at home with assistance from home care services. **BACKGROUND:** "Ageing in place" is a promoted concept where care partners and home care services play significant roles. Identifying the needs of care partners and finding systematic ways of meeting them can help care partners to cope with their role. **DESIGN/METHODS:** This study is based on the PRISMA reporting guidelines. The systematic review of qualitative and quantitative studies was guided by the Joanna Briggs Institute methodology. **RESULTS:** In total, 16 studies were included in the review, eleven qualitative and five quantitative. Three main categories were revealed in the analysis: the need for quality interaction, the need for a shared approach to care and the need to feel empowered. **CONCLUSION:** Care partners of older people have several, continuously unmet needs. A person-centred perspective can contribute new understandings of how to meet these needs. A knowledge gap has been identified regarding the needs of care partners of older people with mental health problems. There is a need to develop a tool for systematic collaboration between home care services and care partners, so that the identified needs can be met in a more thorough, systematic and person-centred way. **RELEVANCE TO CLINICAL PRACTICE:** The carers in home care services need competence to identify and meet the needs of care partners. The implementation of person-centred values in home care services can contribute to meet the needs of care partners to a greater extent than today. Future research on the needs of care partners of older people with mental health problems needs to be undertaken.

Ausserhofer, D., Deschodt, M., De Geest, S., van Achterberg, T., Meyer, G., Verbeek, H., Sjetne, I. S., Malinowska-Lipien, I., Griffiths, P., Schluter, W., Ellen, M. et Engberg, S. (2016). ""There's No Place Like Home": A Scoping Review on the Impact of Homelike Residential Care Models on Resident-, Family-, and Staff-Related Outcomes." *J Am Med Dir Assoc* **17**(8): 685-693.

BACKGROUND: There is increasing emphasis on promoting "homelike" residential care models enabling care-dependent people to continue living in a self-determined manner. Yet, little is known about the outcomes of homelike residential care models. **PURPOSE:** We aimed to (1) identify homelike residential care models for older care-dependent people with and without dementia, and (2) explore the impact of these models on resident-, family-, and staff-related outcomes. **DESIGN AND METHODS:** We applied a scoping review method and conducted a comprehensive literature search in PubMed, Embase, and CINAHL in May 2015. **RESULTS:** We included 14 studies, reported in 21 articles. Studies were conducted between 1994 and 2014, most using a quasi-experimental design and comparing the Eden Alternative (n = 5), nondementia-specific small houses (eg Green House homes) (n = 2), and dementia-specific small houses (n = 7) with usual care in traditional nursing homes. The studies revealed evidence of benefit related to physical functioning of residents living in dementia-specific small houses and satisfaction with care of residents living in nondementia-specific small houses compared with those living in traditional nursing homes. We did not find other significant benefits related to physical and psychosocial outcomes of residents, or in family- and staff-related outcomes. **IMPLICATIONS:** The current evidence on homelike residential care models is limited. Comparative-effectiveness research building on a clear theoretical framework and/or logic model and including a standardized set of resident-, family-, and

staff-related outcomes, as well as cost evaluation, is needed to provide a stronger evidence base to justify the uptake of more homelike residential care models.

Baird, L. G. et Fraser, K. (2018). "Home Care Case Managers' Integrated Care of Older Adults With Multiple Chronic Conditions: A Scoping Review." *Prof Case Manag* **23**(4): 165-189.

PURPOSE OF STUDY: The purpose of this scoping review was to explore peer-reviewed research and gray literature to examine the extent, range, and nature of available research that describes how home care case managers (HCCMs) provide integrated care for older adults with multiple chronic conditions (MCCs); identify how case management standards of practice correspond with functions of integrated care; identify facilitators and barriers to case management and integrated care delivery; and propose a framework to describe how HCCMs can use case management standards to provide integrated care to older adults with MCCs. **PRIMARY PRACTICE SETTING:** Community, home care settings. **METHODOLOGY AND SAMPLE:** Scoping review; older adults older than 65 years with MCCs, case managers and health care professionals who provide care for older adults with MCCs. **RESULTS:** The study findings demonstrated that HCCMs consistently used the case management standards assessment, planning, implementation, and evaluation to provide all professional and clinical integrated care functions, and were least likely to use the standards of identification of client and eligibility for case management and transition to provide professional and clinical integrated care functions. In addition, HCCM use of professional and clinical integrated care functions was inconsistent and varied based on use of case management standards. All case management standards and integrated care functions were found to be both facilitators and barriers, but were more likely to facilitate HCCM work. Interestingly, the standards of assessment, planning, and implementation were more likely to facilitate functional integration, whereas the integrated care functions of intra- and interpartnerships, shared accountability, person centered of care, and engagement for client self-management were more likely to facilitate normative integration. We also found that HCCMs use case management standards and integrated care functions to provide care for older adults with MCCs at the professional (meso) and clinical (micro) levels. **IMPLICATIONS FOR CASE MANAGEMENT PRACTICE:** Variations in HCCM practice may impact the delivery of case management standards when caring for older adults with MCCs. This has implications for the comprehensiveness and consistency of HCCM practice, as well as interdisciplinary health professional and the client's awareness of the HCCM role when providing integrated care to older adults with MCCs within home settings. The greatest facilitators and barriers to integrated care are those case management standards and clinical and professional integrated care functions that focus on partnerships, collective and shared responsibility and accountability, coordinated person centered of care for clients, and ensuring engagement and partnership in self-management. This indicates the need for development of case management policies and programs that support the work of HCCMs in the delivery of seamless and collaborative case management and integrated care functions that foster collaboration and partnership-building efforts. The development of a new case management and integrated care conceptual framework that includes case management standards, professional and clinical integrated care functions would guide HCCM integrated care practice, policy and research to support client and family-centered care, and foster shared values for sustainable partnerships across care settings.

Bostrom, A. M., Slaughter, S. E., Chojecki, D. et Estabrooks, C. A. (2012). "What do we know about knowledge translation in the care of older adults? A scoping review." *J Am Med Dir Assoc* **13**(3): 210-219.

OBJECTIVES: The recent emphasis on knowledge translation (KT) in health care is based on the premise that quality of care improves when research findings are translated into practice. This study aimed to identify the extent, nature, and settings of KT research pertaining to the care of older adults. **DESIGN AND METHODS:** We searched Medline, CINAHL, The Cochrane Library, and EMBASE for systematic reviews related to KT using the terms knowledge translation, research use, evidence-based practice, clinical practice guidelines, or diffusion of innovations. Then we searched the systematic reviews to identify included articles related to older adults. We used quantitative content analysis to summarize the information. **RESULTS:** Two of the 53 systematic reviews about KT focused on the care of older adults. One examined the impact of quality systems on care processes and outcomes for long term care residents. The other studied the effectiveness of active-mode learning programs on physician behavior. Sixty-one of the 1709 primary research articles (3.6%) pertained to the care of older adults. Thirty of these were conducted in long term care facilities, 26 in outpatient clinics, 2 in hospitals, and 3 in multiple settings. Most studies focused on KT interventions targeting professionals (eg, prescribing medications). Organizational interventions (eg, modifying roles) were few; financial and regulatory interventions were rare. **CONCLUSION:** We identified a gap in KT research pertaining to the care of older adults. KT intervention research focusing on organizational, financial, and regulatory areas is warranted. The connection between geriatrics and KT is fertile ground for future research.

Brown, C. L. et Menec, V. (2018). "Integrated Care Approaches Used for Transitions from Hospital to Community Care: A Scoping Review." *Can J Aging* **37**(2): 145-170.

ABSTRACT Integrated care is a promising approach for improving care transitions for older adults, but this concept is inconsistently defined and applied. This scoping review describes the size and nature of literature on integrated care initiatives for transitions from hospital to community care for older adults (aged 65 and older) and how this literature conceptualizes integrated care. A systematic search of literature from the past 10 years yielded 899 documents that were screened for inclusion by two reviewers. Of the 48 included documents, there were 26 journal articles and 22 grey literature documents. Analysis included descriptive statistics and a content analysis approach to summarize features of the integrated care initiatives. Results suggest that clinical and service delivery integration is being targeted rather than integration of funding, administration, and/or organization. To promote international comparison of integrated care initiatives aiming to improve care transitions, detailed descriptions of organizational context are also needed.

Bulamu, N. B., Kaambwa, B. et Ratcliffe, J. (2018). "Economic evaluations in community aged care: a systematic review." *BMC Health Serv Res* **18**(1): 967.

BACKGROUND: This paper reports the methods and findings from a systematic review of economic evaluations conducted in the community aged care sector between 2000 and 2016. **METHODS:** Online databases searched were PubMed, Medline, Scopus, and web of science, CINAHL and informit. Studies were included if they 1) were full economic evaluations that compared both the costs and outcomes of two or more interventions 2) in study population of people aged 65 years and over 3) dependent older people living in the community 4) alternatives being compared were care models or service delivery interventions in the community aged care sector (a group of programs that have been established as a support system to allow older people to remain living in their own homes for as long as possible, as an alternative to institutional or residential care) and 5) published in the English language between 2000 and November 2016. **RESULTS:** Eleven studies reporting

upon economic evaluations of service delivery interventions in community aged care were identified; the majority of which were undertaken in Europe. Critical appraisal of the identified studies highlighted the methodological rigour in these evaluations. CONCLUSION: This systematic review highlights the paucity of economic evaluation studies conducted to date in the community aged care sector. The findings highlight the importance of cost utility analysis methodology as it allows for a uniform outcome measure, that facilitates the comparison of different interventions. In addition, multi-attribute utility measures that represent those quality of life domains that are most important to older people should be used and attention must be paid to the inclusion of informal care costs and outcomes as this is a key resource in community aged care service delivery.

Candy, B., Holman, A., Leurent, B., Davis, S. et Jones, L. (2011). "Hospice care delivered at home, in nursing homes and in dedicated hospice facilities: A systematic review of quantitative and qualitative evidence." *Int J Nurs Stud* **48**(1): 121-133.

BACKGROUND: Hospice care supports patients and their families physically and emotionally through the dying phase. In many countries a substantial portion of specialised end-of-life care is provided through hospices. Such care has developed outside of general healthcare and is commonly provided in a patient's home or in dedicated facilities. Hospice provision may need to increase in the future due to an ageing population with a greater need for access to end-of-life care. OBJECTIVES: In this systematic review we sought to identify the current evidence on (1) the effectiveness, including cost-effectiveness, of hospices, and hospice care in a patient's home and in nursing homes and (2) the experiences of those who use and of those who provide such services. METHODS: We included quantitative and qualitative studies on hospice care that was provided in a patient's home, nursing home or hospice. We did not include studies on end-of-life care that was provided as part of general healthcare provision, such as by general practitioners in primary care, community nurses or within general hospitals. For quantitative evaluations we included only those that compared hospice care with usual generalist healthcare. The databases CINAHL, MEDLINE, EMBASE, and The Cochrane Library were searched from 2003 to 2009. Evidence was assessed for quality and data extractions double-checked. For quantitative studies we present the outcome data comparing hospice versus usual care. For qualitative evaluations we organise findings thematically. FINDINGS: Eighteen comparative evaluations and four thematic papers were identified. Quantitative evidence, mostly of limited quality in design, showed that hospice care at home reduced general health care use and increased family and patient satisfaction with care. Main themes in the qualitative literature revealed that home hospice services support families to sustain patient care at home and hospice day care services generate for the patient a renewed sense of meaning and purpose. CONCLUSIONS: Although studies had methodological limitations, in this review we found much evidence to support the benefits of hospice care. There were limited evaluations found on the impact of hospice care on psychological well-being, such as symptoms of depression, and on inpatient hospice care and non-hospital related costs.

Cepoiu-Martin, M., Tam-Tham, H., Patten, S., Maxwell, C. J. et Hogan, D. B. (2016). "Predictors of long-term care placement in persons with dementia: a systematic review and meta-analysis." *Int J Geriatr Psychiatry* **31**(11): 1151-1171.

OBJECTIVE: The main objective of this study was to summarize the effects of various individual, caregiver, and system-related factors on the risk of long-term care (LTC) placement for persons with dementia. METHODS: We searched electronic databases for longitudinal studies reporting on predictors of LTC placement for persons with dementia

residing in the community or supportive care settings. We performed meta-analyses with hazard ratios (HRs) of various predictors using random effects models and stratified the HRs with several study variables. Data on predictors not included in the meta-analyses were summarized descriptively. RESULTS: Full-text reviews of 360 papers were performed with data from 37 papers used to calculate pooled HRs for LTC placement of select person with dementia (age, sex, race, marital status, type of dementia, living arrangement, and relationship to caregiver) and caregiver (age, sex, and depressive symptoms) characteristics. White race [HR = 1.67, 95% confidence intervals (CI): 1.41-1.99], greater dementia severity (HR = 1.05, 95% CI: 1.03-1.06), and older age (HR = 1.02, 95% CI: 1.01-1.03) increased the risk of LTC placement. Married persons with dementia (HR = 0.38, 95% CI: 0.16-0.86) and living with their caregiver (HR = 0.72, 95% CI: 0.56-0.92) had a lower risk. Behavioral and psychological symptoms of dementia, the degree of functional impairment, and caregiver burden had a consistent effect on the risk of LTC placement in our descriptive review. CONCLUSION: We quantified the predictive effect of several risk factors for LTC placement. These estimates could be used to more precisely categorize the risk of institutionalization and potentially link those at higher risk to appropriate services. Copyright (c) 2016 John Wiley & Sons, Ltd.

Cohen, E., Jovcevska, V., Kuo, D. Z. et Mahant, S. (2011). "Hospital-based comprehensive care programs for children with special health care needs: a systematic review." *Arch Pediatr Adolesc Med* **165**(6): 554-561.

OBJECTIVE: To examine the effectiveness of hospital-based comprehensive care programs in improving the quality of care for children with special health care needs. DATA SOURCES: A systematic review was conducted using Ovid MEDLINE, CINAHL, EMBASE, PsycINFO, Sociological Abstracts SocioFile, and Web of Science. STUDY SELECTION: Evaluations of comprehensive care programs for categorical (those with single disease) and no categorical groups of children with special health care needs were included. Selected articles were reviewed independently by 2 raters. DATA EXTRACTION: Models of care focused on comprehensive care based at least partially in a hospital setting. The main outcome measures were the proportions of studies demonstrating improvement in the Institute of Medicine's quality-of-care domains (effectiveness of care, efficiency of care, patient or family centeredness, patient safety, timeliness of care, and equity of care). DATA SYNTHESIS: Thirty-three unique programs were included, 13 (39%) of which were randomized controlled trials. Improved outcomes most commonly reported were efficiency of care (64% [49 of 76 outcomes]), effectiveness of care (60% [57 of 95 outcomes]), and patient or family centeredness (53% [10 of 19 outcomes]). Outcomes less commonly evaluated were patient safety (9% [3 of 33 programs]), timeliness of care (6% [2 of 33 programs]), and equity of care (0%). Randomized controlled trials occurred more frequently in studies evaluating categorical vs noncategorical disease populations (11 of 17 [65%] vs 2 of 16 [17%], $P = .008$). CONCLUSIONS: Although positive, the evidence supporting comprehensive hospital-based programs for children with special health care needs is restricted primarily to no experimental studies of children with categorical diseases and is limited by inadequate outcome measures. Additional high-quality evidence with appropriate comparative groups and broad outcomes is necessary to justify continued development and growth of programs for broad groups of children with special health care needs.

Dawson, A., Bowes, A., Kelly, F., Velzke, K. et Ward, R. (2015). "Evidence of what works to support and sustain care at home for people with dementia: a literature review with a systematic approach." *BMC Geriatr* **15**: 59.

BACKGROUND: This paper synthesises research evidence about the effectiveness of services intended to support and sustain people with dementia to live at home, including supporting carers. The review was commissioned to support an inspection regime and identifies the current state of scientific knowledge regarding appropriate and effective services in relation to a set of key outcomes derived from Scottish policy, inspection practice and standards. However, emphases on care at home and reduction in the use of institutional long term care are common to many international policy contexts and welfare regimes. **METHODS:** Systematic searches of relevant electronic bibliographic databases crossing medical, psychological and social scientific literatures (CINAHL, IngentaConnect, Medline, ProQuest, PsychINFO and Web of Science) in November 2012 were followed by structured review and full-text evaluation processes, the latter using methodology-appropriate quality assessment criteria drawing on established protocols. **RESULTS:** Of 131 publications evaluated, 56 were assessed to be of 'high' quality, 62 of 'medium' quality and 13 of 'low' quality. Evaluations identified weaknesses in many published accounts of research, including lack of methodological detail and failure to evidence conclusions. Thematic analysis revealed multiple gaps in the evidence base, including in relation to take-up and use of self-directed support by people with dementia, use of rapid response teams and other multidisciplinary approaches, use of technology to support community-dwelling people with dementia, and support for people without access to unpaid or informal support. **CONCLUSIONS:** In many areas, policy and practice developments are proceeding on a limited evidence base. Key issues affecting substantial numbers of existing studies include: poorly designed and overly narrowly focused studies; variability and uncertainty in outcome measurement; lack of focus on the perspectives of people with dementia and supporters; and failure to understanding the complexities of living with dementia, and of the kinds of multifactorial interventions needed to provide holistic and effective support. Weaknesses in the evidence base present challenges both to practitioners looking for guidance on how best to design and deliver evidence-based services to support people living with dementia in the community and their carers and to those charged with the inspection of services.

De Almeida Mello, J., Hermans, K., Van Audenhove, C., Macq, J. et Declercq, A. (2015). "Evaluations of home care interventions for frail older persons using the interRAI Home Care instrument: a systematic review of the literature." *J Am Med Dir Assoc* **16**(2): 173.e171-110.

BACKGROUND/OBJECTIVES: This systematic review describes the use of the interRAI Home Care (interRAI HC) instrument, an internationally validated comprehensive geriatric assessment, as a base for the evaluation of home care projects. Because of the evidence base of the instrument and its widespread use, researchers can make a thorough evaluation of projects and interventions in home care and can also have insight in international comparisons. The aim of this systematic review is to identify research that evaluates interventions in the home care setting using this comprehensive geriatric assessment and to describe these evaluations and report the results of the use of this instrument. **DESIGN:** Two independent reviewers constructed a comprehensive list of Medical Subject Headings, which was designed for 5 explicit categories: (1) interventions; (2) evaluation; (3) home care; (4) interRAI HC; and (5) older person. A systematic literature search was then performed in the main electronic databases Web of Science, EMBASE, MEDLINE, Cochrane, PsycInfo, and CINAHL for the years 1990 to 2013. **SETTING:** Home care. **MEASUREMENTS:** Studies were described and the following information was extracted from the articles: mean age and proportion of gender of participants; sample size; location of the study; goal of the study; main findings; main limitations; and results of the evaluation of the interRAI HC instrument. **RESULTS:** A total of 349 articles were identified. Eighteen studies met our inclusion criteria describing 18 interventions in home care evaluated with the interRAI HC instrument.

CONCLUSIONS: This systematic review can help researchers to plan evaluation of interventions in home care. The interRAI HC instrument proves to be a comprehensive tool to measure outcomes and can serve as an evaluation instrument for interventions. It can also be used as an intervention itself, when caregivers use the tool and its outcome measures to implement a care plan.

DeHoff, B. A., Staten, L. K., Rodgers, R. C. et Denne, S. C. (2016). "The Role of Online Social Support in Supporting and Educating Parents of Young Children With Special Health Care Needs in the United States: A Scoping Review." *J Med Internet Res* **18**(12): e333.

BACKGROUND: When parents of young children with special health care needs (CSHCN) receive their child's diagnosis, they encounter information they may not understand, emotions they may not know how to cope with, and questions about their child's immediate and long-term future that frequently lack answers. The challenge of health care providers is how to prepare parents for caring for their CSHCN, for coping with any resulting challenges, and for accessing the systems and services that can assist them. **OBJECTIVE:** The purpose of this work was to review evidence of the information and support needs of parents of young CSHCN and to determine whether online social support can serve as an avenue for learning and empowerment for these parents. **METHODS:** A scoping review identified the challenges, coping mechanisms, and support needs among parents of CSHCN, and the reach and effectiveness of digital technologies with these families and health care providers. We also conducted interviews with professionals serving parents of CSHCN. **RESULTS:** The literature review and interviews suggested that parents best learn the information they need, and cope with the emotional challenges of raising a CSHCN, with support from other parents of CSHCN, and that young parents in recent years have most often been finding this parent-to-parent support through digital media, particularly social media, consistent with the theory of online social support. Evidence also shows that social media, particularly Facebook, is used by nearly all women aged 18-29 years across racial and socioeconomic lines in the United States. **CONCLUSIONS:** Parents of young CSHCN experience significant stress but gain understanding, receive support, and develop the ability to care for and be advocates for their child through parent-to-parent emotional and informational social support. Online social support is most effective with young adults of childbearing age, with social media and apps being the most useful within the theoretical framework of social support. This opens new opportunities to effectively educate and support parents of young CSHCN. Providers seeking to inform, educate, and support families of CSHCN should develop strategies to help parents find and use social support through digital resources to facilitate their emotional adjustment and practical abilities to care for and access services for their child.

Frag, I., Sherrington, C., Ferreira, M. et Howard, K. (2013). "A systematic review of the unit costs of allied health and community services used by older people in Australia." *BMC Health Serv Res* **13**: 69.

BACKGROUND: An economic evaluation of interventions for older people requires accurate assessment of costing and consideration of both acute and long-term services. Accurate information on the unit cost of allied health and community services is not readily available in Australia however. This systematic review therefore aims to synthesise information available in the literature on the unit costs of allied health and community services that may be utilised by an older person living in Australia. **METHOD:** A comprehensive search of Medline, Embase, CINAHL, Google Scholar and Google was undertaken. Specialised economic databases were also reviewed. In addition Australian Government Department websites were inspected. The search identified the cost of specified allied health services including: physiotherapy, occupational therapy, dietetics, podiatry, counselling and home nursing. The

range of community services included: personal care, meals on wheels, transport costs and domestic services. Where the information was not available, direct contact with service providers was made. RESULTS: The number of eligible studies included in the qualitative synthesis was forty-nine. Calculated hourly rates for Australian allied health services were adjusted to be in equivalent currency and were as follows as follows: physiotherapy \$157.75, occupational therapy \$150.77, dietetics \$163.11, psychological services \$165.77, community nursing \$105.76 and podiatry \$129.72. CONCLUSIONS: Utilisation of the Medicare Benefits Scheduled fee as a broad indicator of the costs of services, may lead to underestimation of the real costs of services and therefore to inaccuracies in economic evaluation.

Freeman, S., Bishop, K., Spirgiene, L., Koopmans, E., Botelho, F. C., Fyfe, T., Xiong, B., Patchett, S. et MacLeod, M. (2017). "Factors affecting residents transition from long term care facilities to the community: a scoping review." *BMC Health Serv Res* **17**(1): 689.

BACKGROUND: Long-term care facilities (LTCFs) are often places where persons with complex health needs that cannot be met in a community setting, reside and are cared for until death. However, not all persons experience continuous declines in health and functioning. For some residents who experience improvement in personal abilities and increased independence, transition from the LTCF to the community may be an option. This scoping review aimed to synthesize the existing evidence regarding the transition process from discharge planning to intervention and evaluation of outcomes for residents transitioning from LTCFs to the community. METHODS: This review followed a five-stage scoping review framework to describe the current knowledge base related to transition from LTCFs to community based private dwellings as the location of the discharge (example: Person's own home or shared private home with a family member, friend, or neighbour). Of the 4221 articles retrieved in the search of 6 databases, 36 articles met the criteria for inclusion in this review. RESULTS: The majority of studies focussed on an older adult population (aged 65 years or greater), were conducted in the USA, and were limited to small geographic regions. There was a lack of consistency in terminology used to describe both the facilities as well as the transition process. Literature consisted of a broad array of study designs; sample sizes ranged from less than 10 to more than 500,000. Persons who were younger, married, female, received intense therapy, and who expressed a desire to transition to a community setting were more likely to transition out of a LTCF while those who exhibited cognitive impairment were less likely to transition out of a LTCF to the community. CONCLUSIONS: Findings highlight the heterogeneity and paucity of research examining transition of persons from LTCFs to the community. Overall, it remains unclear what best practices support the discharge planning and transition process and whether or not discharge from a LTCF to the community promotes the health, wellbeing, and quality of life of the persons. More research is needed in this area before we can start to confidently answer the research questions.

Friedman, E. M., Rodakowski, J., Schulz, R., Beach, S. R., Martsof, G. R. et James, A. E. (2019). "Do Family Caregivers Offset Healthcare Costs for Older Adults? A Mapping Review on the Costs of Care for Older Adults With Versus Without Caregivers." *Gerontologist*. **59**(5):e535-e551.

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Older adults face significant long-term care and health care costs. But some of these costs can potentially be offset through family caregivers who may serve as substitutes for formal care or directly improve the care recipient's health and reduce health care utilization and expenditures. This article reviews the current literature to determine whether it is possible through existing work to compare the costs of care for individuals with versus without family caregivers and, if not, where the data, measurement,

and other methodological challenges lie. RESEARCH DESIGN AND METHODS: A mapping review of published works containing information on health care utilization and expenditures and caregiving was conducted. A narrative approach was used to review and identify methodological challenges in the literature. RESULTS: Our review identified 47 articles that met our criteria and had information on caregiving and health care costs or utilization. Although findings were mixed, for the most part, having a family caregiver was associated with reduced health care utilization and a decreased risk of institutionalization however, the precise difference in health care expenditures for individuals with caregivers compared to those without was rarely examined, and findings were inconsistent across articles reviewed. DISCUSSION AND IMPLICATIONS: The number of family caregivers providing care to loved ones is expected to grow with the aging of the Baby Boomers. Various programs and policies have been proposed to support these caregivers, but they could be costly. These costs can potentially be offset if family caregivers reduce health care spending. More research is needed, however, to quantify the savings stemming from family caregiving.

Genet, N., Boerma, W. G., Kringos, D. S., Bouman, A., Francke, A. L., Fagerström, C., Melchiorre, M. G., Greco, C. et Devillé, W. (2011). "Home care in Europe: a systematic literature review." *Bmc Health Services Research* **11**: 207-207.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21878111>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3170599/>

BACKGROUND: Health and social services provided at home are becoming increasingly important. Hence, there is a need for information on home care in Europe. The objective of this literature review was to respond to this need by systematically describing what has been reported on home care in Europe in the scientific literature over the past decade. METHODS: A systematic literature search was performed for papers on home care published in English, using the following data bases: Cinahl, the Cochrane Library, Embase, Medline, PsycINFO, Sociological Abstracts, Social Services Abstracts, and Social Care Online. Studies were only included if they complied with the definition of home care, were published between January 1998 and October 2009, and dealt with at least one of the 31 specified countries. Clinical interventions, instrument developments, local projects and reviews were excluded. The data extracted included: the characteristics of the study and aspects of home care 'policy & regulation', 'financing', 'organisation & service delivery', and 'clients & informal carers'. RESULTS: Seventy-four out of 5,133 potentially relevant studies met the inclusion criteria, providing information on 18 countries. Many focused on the characteristics of home care recipients and on the organisation of home care. Geographical inequalities, market forces, quality and integration of services were also among the issues frequently discussed. CONCLUSIONS: Home care systems appeared to differ both between and within countries. The papers included, however, provided only a limited picture of home care. Many studies only focused on one aspect of the home care system and international comparative studies were rare. Furthermore, little information emerged on home care financing and on home care in general in Eastern Europe. This review clearly shows the need for more scientific publications on home care, especially studies comparing countries. A comprehensive and more complete insight into the state of home care in Europe requires the gathering of information using a uniform framework and methodology.

Gregory, A., Mackintosh, S., Kumar, S. et Grech, C. (2017). "Experiences of health care for older people who need support to live at home: A systematic review of the qualitative literature." *Geriatric Nursing* **38**(4): 315-324.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197457216302890>

Perceived experiences of health care for older people who need support to live at home can illuminate areas needing improvement in quality of care, and guide towards better ways to support ageing populations to live at home. This systematic review synthesized findings from the qualitative literature about perceived experiences of health care for older people who need support to live at home, from the perceptions of older people, carers and health providers. Searches of electronic databases and eligibility screening produced 46 included studies for review. Thematic synthesis revealed how health care impacts on the older person's sense of autonomy, both in health care decisions and everyday life. Autonomy is empowered by the older person's own capacity and by respectful conduct of health providers. Engagement between older people, carers and health providers is a negotiated interaction, affected by multiple factors.

Gridley, K., Brooks, J. et Glendinning, C. (2014). "Good practice in social care for disabled adults and older people with severe and complex needs: evidence from a scoping review." Health Soc Care Community **22**(3): 234-248.

This article reports findings from a scoping review of the literature on good practice in social care for disabled adults and older people with severe and complex needs. Scoping reviews differ from systematic reviews, in that they aim to rapidly map relevant literature across an area of interest. This review formed part of a larger study to identify social care service models with characteristics desired by people with severe and complex needs and scope the evidence of effectiveness. Systematic database searches were conducted for literature published between January 1997 and February 2011 on good practice in UK social care services for three exemplar groups: young adults with life-limiting conditions; adults who had suffered a brain injury or spinal injury and had severe or complex needs; and older people with dementia and complex needs. Five thousand and ninety-eight potentially relevant records were identified through electronic searching and 51 by hand. Eighty-six papers were selected for inclusion, from which 29 studies of specific services were identified. However, only four of these evaluated a service model against a comparison group and only six reported any evidence of costs. Thirty-five papers advocated person-centred support for people with complex needs, but no well-supported evaluation evidence was found in favour of any particular approach to delivering this. The strongest evaluation evidence indicated the effectiveness of a multidisciplinary specialist team for young adults; intensive case management for older people with advanced dementia; a specialist social worker with a budget for domiciliary care working with psycho-geriatric inpatients; and interprofessional training for community mental health professionals. The dearth of robust evaluation evidence identified through this review points to an urgent need for more rigorous evaluation of models of social care for disabled adults and older people with severe and complex needs.

Grimshaw, P., McGowan, L. et McNichol, E. (2016). "Building a system-wide approach to community relationships with the findings of a scoping review in health and social care." J Health Organ Manag **30**(7): 1047-1062.

Purpose For leadership and management of Western health systems, good quality relationships are a fundamental cornerstone of organising health and social care (H&SC) delivery, delivering benefits across organisations and communities. The purpose of this paper is to explore the extant management, H&SC literature, grounded in older people care, reveal behaviours, processes and practices that if readily identified across a context will support healthy relationships across the "whole system" of stakeholders.

Design/methodology/approach An academic/practitioner group designed and guided a

scoping literature review of the H&SC and broader management literature to identify and extract important behaviours, processes and practices underlying the support of high-quality relationships. A search strategy was agreed and key health and management databases were interrogated and 51 papers selected for inclusion. Working with the practitioners, the selected papers were coded and then organised into emergent themes. Findings The paper outlines the relational behaviours, processes and practice elements that should be present within an older peoples care community, to support a healthy relational environment. These elements are presented under the five emergent literature themes of integrity, compassion, respect, fairness and trust. These five topics are examined in detail. A way forward for building statements using the review material, that may be applied to reveal relational patterns within older people care, is also explored and outlined. Research limitations/implications All literature reviews are subject to practical decisions around time, budget, scope and depth restraints. Therefore potentially relevant papers may have been missed in the review process. The scoping review process adapted here does not seek to make any major considerations with regards to the weighting of evidence behind the primary research. Originality/value This paper contributes to a growing need for designers of health systems to more fully understand, measure and draw on the value of relationships to help bridge the gap between diminishing resources and the expanding demand on H&SC services.

Guhne, U., Lupp, M., König, H. H. et Riedel-Heller, S. G. (2014). "[Collaborative and home based treatment for older adults with depression: a review of the literature]." *Nervenarzt* **85**(11): 1363-1371.

BACKGROUND: Due to the demographic development depressive disorders in old age are becoming a central and urgent healthcare challenge. **OBJECTIVES:** The article reviews effective approaches towards treatment of depression in the elderly. **METHODS:** A literature review of complex interventions improving depression care was carried out. **RESULTS:** Robust evidence exists for the use of collaborative care models which incorporate collaboration between mental health and medical providers in the primary care setting (e.g. general practitioners and specialists), regular monitoring, case management, and evidence-based treatment. Staged treatment approaches seem to be appropriate by which initially use treatment strategies of low intensity. For patients with limited mobility, home-based approaches have proven to be particularly practical and effective. **CONCLUSION:** Multidisciplinary and multimodal treatment approaches represent an effective and efficient way of healthcare provision for late life depression. In Germany, only few initiatives inspired by successful international models have so far been identified.

Harrison, J. K., Walesby, K. E., Hamilton, L., Armstrong, C., Starr, J. M., Reynish, E. L., MacLulich, A. M. J., Quinn, T. J. et Shenkin, S. D. (2017). "Predicting discharge to institutional long-term care following acute hospitalisation: a systematic review and meta-analysis." *Age Ageing* **46**(4): 547-558.

Background: moving into long-term institutional care is a significant life event for any individual. Predictors of institutional care admission from community-dwellers and people with dementia have been described, but those from the acute hospital setting have not been systematically reviewed. Our aim was to establish predictive factors for discharge to institutional care following acute hospitalisation. **Methods:** we registered and conducted a systematic review (PROSPERO: CRD42015023497). We searched MEDLINE; EMBASE and CINAHL Plus in September 2015. We included observational studies of patients admitted directly to long-term institutional care following acute hospitalisation where factors associated with institutionalisation were reported. **Results:** from 9,176 records, we included 23 studies (n = 354,985 participants). Studies were heterogeneous, with the proportions

discharged to a care home 3-77% (median 15%). Eleven studies (n = 12,642), of moderate to low quality, were included in the quantitative synthesis. The need for institutional long-term care was associated with age (pooled odds ratio (OR) 1.02, 95% confidence intervals (CI): 1.00-1.04), female sex (pooled OR 1.41, 95% CI: 1.03-1.92), dementia (pooled OR 2.14, 95% CI: 1.24-3.70) and functional dependency (pooled OR 2.06, 95% CI: 1.58-2.69). Conclusions: discharge to long-term institutional care following acute hospitalisation is common, but current data do not allow prediction of who will make this transition. Potentially important predictors evaluated in community cohorts have not been examined in hospitalised cohorts. Understanding these predictors could help identify individuals at risk early in their admission, and support them in this transition or potentially intervene to reduce their risk.

Hodgson, N. A. (2016). "Do interventions with staff in long-term residential facilities improve quality of care or quality of life for people with dementia? A systematic review of the evidence." *Int Psychogeriatr* **28**(12): 1935-1936.

The review by Bird and colleagues (2016), published in this issue of *International Psychogeriatrics*, is notable for jointly examining the effect of dementia care interventions on both staff and resident quality outcomes. This is an important contribution to improving dementia care because it recognizes the dynamic and dyadic relationship between residents and their caregivers in residential settings. While evidence exists on the dyadic effect of family caregiver intervention on dementia patient outcomes (Gitlin and Hodgson, 2015), less attention has been given to formal caregivers in institutional settings (Dellefield et al., 2015).

Johansson, G., Eklund, K. et Gosman-Hedstrom, G. (2010). "Multidisciplinary team, working with elderly persons living in the community: a systematic literature review." *Scand J Occup Ther* **17**(2): 101-116.

As the number of elderly persons with complex health needs is increasing, teams for their care have been recommended as a means of meeting these needs, particularly in the case of elderly persons with multi-diseases. Occupational therapists, in their role as team members, exert significant influence in guiding team recommendations. However, it has been emphasized that there is a lack of sound research to show the impact of teamwork from the perspective of elderly persons. The aim of this paper was to explore literature concerning multidisciplinary teams that work with elderly persons living in the community. The research method was a systematic literature review and a total of 37 articles was analysed. The result describes team organisation, team intervention and outcome, and factors that influence teamwork. Working in a team is multifaceted and complex. It is important to enhance awareness about factors that influence teamwork. The team process itself is also of great importance. Clinical implications for developing effective and efficient teamwork are also presented and discussed.

Johnson, S., Bacsu, J., Abeykoon, H., McIntosh, T., Jeffery, B. et Novik, N. (2018). "No Place Like Home: A Systematic Review of Home Care for Older Adults in Canada." *Can J Aging* **37**(4): 400-419.

ABSTRACT Given Canada's aging population, the demand for home care is expected to increase significantly. To date, little is known about home care for older adults in Canada such as characteristics of home care recipients, gaps in services, or interventions designed to support home care client needs. Consequently, we conducted a systematic review of seven electronic databases for the years 2000-2016 to examine the current knowledge of home care services for Canada's older adults. This synthesis examined four main themes in the literature: older adult client-level predictors; unmet care needs; interventions; and issues

and challenges in home care. This review found significant knowledge gaps on home care for older adults across the country, as over half of the studies were focused primarily in Ontario. Although promising strategies were evident, more research and evaluation of interventions, and outcomes are required to effectively support Canada's home care system now and over time.

Lapierre, N., Neubauer, N., Miguel-Cruz, A., Rios Rincon, A., Liu, L. et Rousseau, J. (2018). "The state of knowledge on technologies and their use for fall detection: A scoping review." *Int J Med Inform* **111**: 58-71.

BACKGROUND: Globally, populations are aging with increasing life spans. The normal aging process and the resulting disabilities increase fall risks. Falls are an important cause of injury, loss of independence and institutionalization. Technologies have been developed to detect falls and reduce their consequences but their use and impact on quality of life remain debatable. Reviews on fall detection technologies exist but are not extensive. A comprehensive literature review on the state of knowledge of fall detection technologies can inform research, practice, and user adoption. **OBJECTIVES:** To examine the extent and the diversity of current technologies for fall detection in older adults. **METHODS:** A scoping review design was used to search peer-reviewed literature on technologies to detect falls, published in English, French or Spanish since 2006. Data from the studies were analyzed descriptively. **RESULTS:** The literature search identified 3202 studies of which 118 were included for analysis. Ten types of technologies were identified ranging from wearable (e.g., inertial sensors) to ambient sensors (e.g., vision sensors). Their Technology Readiness Level was low (mean 4.54 SD 1.25; 95% CI [4.31, 4.77] out of a maximum of 9). Outcomes were typically evaluated on technological basis and in controlled environments. Few were evaluated in home settings or care units with older adults. Acceptability, implementation cost and barriers were seldom addressed. **CONCLUSIONS:** Further research should focus on increasing Technology Readiness Levels of fall detection technologies by testing them in real-life settings with older adults.

Lovink, M. H., Persoon, A., Koopmans, R., Van Vught, A., Schoonhoven, L. et Laurant, M. G. H. (2017). "Effects of substituting nurse practitioners, physician assistants or nurses for physicians concerning healthcare for the ageing population: a systematic literature review." *J Adv Nurs* **73**(9): 2084-2102.

AIMS: To evaluate the effects of substituting nurse practitioners, physician assistants or nurses for physicians in long-term care facilities and primary healthcare for the ageing population (primary aim) and to describe what influences the implementation (secondary aim). **BACKGROUND:** Healthcare for the ageing population is undergoing major changes and physicians face heavy workloads. A solution to guarantee quality and contain costs might be to substitute nurse practitioners, physician assistants or nurses for physicians. **DESIGN:** A systematic literature review. **DATA SOURCES:** PubMed, EMBASE, CINAHL, PsycINFO, CENTRAL, Web of Science; searched January 1995-August 2015. **REVIEW METHODS:** Study selection, data extraction and quality appraisal were conducted independently by two reviewers. Outcomes collected: patient outcomes, care provider outcomes, process of care outcomes, resource use outcomes, costs and descriptions of the implementation. Data synthesis consisted of a narrative summary. **RESULTS:** Two studies used a randomized design and eight studies used other comparative designs. The evidence of the two randomized controlled trials showed no effect on approximately half of the outcomes and a positive effect on the other half of the outcomes. Results of eight other comparative study designs point towards the same direction. The implementation was influenced by factors on a social, organizational and individual level. **CONCLUSION:** Physician substitution in healthcare for the

ageing population may achieve at least as good patient outcomes and process of care outcomes compared with care provided by physicians. Evidence about resource use and costs is too limited to draw conclusions.

Lovink, M. H., Persoon, A., van Vught, A. J., Koopmans, R. T., Schoonhoven, L. et Laurant, M. G. (2015). "Physician substitution by mid-level providers in primary healthcare for older people and long-term care facilities: protocol for a systematic literature review." *J Adv Nurs* **71**(12): 2998-3005.

AIM: This protocol describes a systematic review that evaluates the effects of physician substitution by mid-level providers (nurse practitioners, physician assistants or nurses) in primary healthcare for older people and long-term care facilities. The secondary aim is to describe facilitators and barriers to the implementation of physician substitution in these settings. **BACKGROUND:** Healthcare for older people is undergoing major changes, due to population ageing and reforms that shift care to the community. Besides, relatively few medical students are pursuing careers in healthcare for older people. Innovative solutions are needed to guarantee the quality of healthcare and to contain costs. A solution might be shifting care from physicians to mid-level providers. To date, no systematic review on this topic exists to guide policymaking. **DESIGN:** A quantitative systematic literature review using Cochrane methods. **METHODS:** The following databases will be searched for original research studies that quantitatively compare care provided by a physician to the same care provided by a mid-level provider: PubMed, EMBASE, CINAHL, PsycINFO, CENTRAL and Web of Science. Study selection, data extraction and quality appraisal will be conducted independently by two reviewers. Data synthesis will consist of a qualitative analysis of the data. Funding of the review was confirmed in August 2013 by the Ministry of Health, Welfare and Sport of the Netherlands. **DISCUSSION:** This review will contribute to the knowledge on effects of physician substitution in healthcare for older people and factors that influence the outcomes. This knowledge will guide professionals and policy administrators in their decisions to optimize healthcare for older people.

Low, L. F., Yap, M. et Brodaty, H. (2011). "A systematic review of different models of home and community care services for older persons." *BMC Health Serv Res* **11**: 93.

BACKGROUND: Costs and consumer preference have led to a shift from the long-term institutional care of aged older people to home and community based care. The aim of this review is to evaluate the outcomes of case managed, integrated or consumer directed home and community care services for older persons, including those with dementia. **METHODS:** A systematic review was conducted of non-medical home and community care services for frail older persons. MEDLINE, PsycINFO, CINAHL, AgeLine, Scopus and PubMed were searched from 1994 to May 2009. Two researchers independently reviewed search results. **RESULTS:** Thirty five papers were included in this review. Evidence from randomized controlled trials showed that case management improves function and appropriate use of medications, increases use of community services and reduces nursing home admission. Evidence, mostly from non-randomized trials, showed that integrated care increases service use; randomized trials reported that integrated care does not improve clinical outcomes. The lowest quality evidence was for consumer directed care which appears to increase satisfaction with care and community service use but has little effect on clinical outcomes. Studies were heterogeneous in methodology and results were not consistent. **CONCLUSIONS:** The outcomes of each model of care differ and correspond to the model's focus. Combining key elements of all three models may maximize outcomes.

Lowthian, J. A., McGinnes, R. A., Brand, C. A., Barker, A. L. et Cameron, P. A. (2015). "Discharging older patients from the emergency department effectively: a systematic review and meta-analysis." *Age and Ageing* **44**(5): 761-770.

<http://ageing.oxfordjournals.org/content/44/5/761.abstract>

Background: a decline in health state and re-attendance are common in people aged ≥ 65 years following emergency department (ED) discharge. Diverse care models have been implemented to support safe community transition. This review examined ED community transition strategies (ED-CTS) and evaluated their effectiveness. Methods: a systematic review and meta-analysis using multiple databases up to December 2013 was conducted. We assessed eligibility, methodological quality, risk of bias and extracted published data and then conducted random effects meta-analyses. Outcomes were unplanned ED representation or hospitalisation, functional decline, nursing-care home admission and mortality. Results: five experimental and four observational studies were identified for qualitative synthesis. ED-CTS included geriatric assessment with referral for post-discharge community-based assistance, with differences apparent in components and delivery methods. Four studies were included in meta-analysis. Compared with usual care, the evidence indicates no appreciable benefit for ED-CTS for unplanned ED re-attendance up to 30 days (odds ratio (OR) 1.32, 95% confidence interval (CI) 0.99–1.76; $n = 1,389$), unplanned hospital admission up to 30 days (OR 0.90, 95% CI 0.70–1.16; $n = 1,389$) or mortality up to 18 months (OR 1.04, 95% CI 0.83–1.29; $n = 1,794$). Variability between studies precluded analysis of the impact of ED-CTS on functional decline and nursing-care home admission. Conclusions: there is limited high-quality data to guide confident recommendations about optimal ED community transition strategies, highlighting a need to encourage better integration of researchers and clinicians in the design and evaluation process, and increased reporting, including appropriate robust evaluation of efficacy and effectiveness of these innovative models of care.

Mas, M. A. et Santaeugenia, S. (2015). "[Hospital-at-home in older patients: a scoping review on opportunities of developing comprehensive geriatric assessment based services]." *Rev Esp Geriatr Gerontol* **50**(1): 26-34.

This scoping review focused on the opportunity of developing new hospital-at-home schemes in our health systems adapted to older patients with complex conditions due to acute illness. A review was conducted on articles including, randomized controlled trials, systematic reviews and meta-analysis in PubMed and Cochrane Library, from January 1990 to July 2013. Search terms were: hospital-at-home, Early Supported Discharge, hospital in the home and home hospitalization. An analysis was performed to include: the intervention model (admission avoidance or early discharge), age, diagnosis, main inclusion criteria and intervention characteristics (disciplines involved, duration of intervention, main outcomes and objectives). It is concluded that there are several models of hospital-at-home care, with favorable clinical outcomes. The majority of teams in our country focused on acute health care in the less elderly with chronic diseases. Other schemes based on comprehensive geriatric assessment and interdisciplinary teams specialized in complex interventions are also highlighted. The development of comprehensive geriatric assessment based hospital-at-home care by teams led by geriatricians is an opportunity to develop alternatives to conventional hospitalization interventions tailored to older patients.

McGilton, K. S., Vellani, S., Yeung, L., Chishtie, J., Commisso, E., Ploeg, J., Andrew, M. K., Ayala, A. P., Gray, M., Morgan, D., Chow, A. F., Parrott, E., Stephens, D., Hale, L., Keatings, M., Walker, J., Wodchis, W. P., Dube, V., McElhaney, J. et Puts, M. (2018). "Identifying and understanding the health

and social care needs of older adults with multiple chronic conditions and their caregivers: a scoping review." *BMC Geriatr* **18**(1): 231.

BACKGROUND: As the population is aging, the number of persons living with multiple chronic conditions (MCC) is expected to increase. This review seeks to answer two research questions from the perspectives of older adults with MCC, their caregivers and their health care providers (HCPs): 1) What are the health and social care needs of community-dwelling older adults with MCC and their caregivers? and 2) How do social and structural determinants of health impact these health and social care needs? **METHODS:** We conducted a scoping review guided by a refinement of the Arksey & O'Malley framework. Articles were included if participants were 55 years or older and have at least two chronic conditions. We searched 7 electronic databases. The data were summarized using thematic analysis. **RESULTS:** Thirty-six studies were included in this review: 28 studies included participants with MCC; 12 studies included HCPs; 5 studies included caregivers. The quality of the studies ranged from moderate to good. Five main areas of needs were identified: need for information; coordination of services and supports; preventive, maintenance and restorative strategies; training for older adults, caregivers and HCPs to help manage the older adults' complex conditions; and the need for person-centred approaches. Structural and social determinants of health such as socioeconomic status, education and access influenced the needs of older adults with MCC. **CONCLUSION:** The review highlights that most of the needs of older adults with MCC focus on lack of access to information and coordination of care. The main structural and social determinants that influenced older adults' needs were their level of education/health literacy and their socioeconomic status.

Means, T. (2016). "Improving quality of care and reducing unnecessary hospital admissions: a literature review." *Br J Community Nurs* **21**(6): 284, 288-291.

As the UK population lives to older ages, with more complex health and social care needs, there comes a time when going to live in a care home might be essential for a frail, older person. Residents and their families expect high-quality care in return for the costs of their placements, but often find this is not the case (Help the Aged, 2006). In order to improve quality in care homes, the Lincolnshire Community Health Services NHS Trust are piloting a care home support team. The new service aims to provide education and training to an unpredictable workforce, with the addition of regular ward rounds in care homes to ensure more proactive care for residents, in order to reduce unnecessary hospital admissions and improve the quality of care offered. This article looks at the literature relating to education and training for staff in care homes to support this service. It also aims to use the reviewed articles to identify specific training and education needed to improve quality of care for residents and reduce avoidable hospital admissions.

Mittinty, M. M., Marshall, A. et Harvey, G. (2018). "What integrated care means from an older person's perspective? A scoping review protocol." *BMJ Open* **8**(3): e019256.

INTRODUCTION: According to the 2013 WHO Global Forum on Innovation for Ageing Populations, disabilities and morbidities associated with ageing could be minimised by accessing preventive care. One way of improving the management of multimorbidity in the older population is through the provision of 'integrated care'. Although integrated care means different things to different people, it typically symbolises continuity in care, thus preventing older patients' from falling through gaps in the health care system. Many initiatives have attempted to improve the integration of care; however, these are typically designed from a particular policy or system perspective. Relatively little is known about

patient expectations and experiences of integrated care, which is vital for developing and implementing better models of care. The proposed scoping review aims to map literature on older patients' views, expectations, experiences and perspectives of integrated care.

METHODS AND ANALYSIS: Multiple electronic databases including PubMed, Web of Science, Embase, PsychInfo, Google Scholar, Cochrane Library, CINAHL and ProQuest Dissertations will be searched for appropriate articles between August and December 2017. Reference lists of selected articles will also be searched for similar articles. Two experienced researchers will conduct an initial search of the literature to identify relevant articles. Abstracts of the identified articles will be reviewed collectively by two researchers to identify potential further studies. Full texts of the potential studies will be sourced and screened for the inclusion criteria. Appropriate qualitative and quantitative methods will be used to extract data from each included study.

ETHICS AND DISSEMINATION: The scoping review will synthesise findings from studies reporting on patients' views and expectations of integrated care. This review expects to find information relating to facilitators and barriers of integrated care from an older person's perspective. The findings from the review will be applied when working with stakeholders representing older people, healthcare, aged care and community providers, researchers and policy makers to develop and evaluate a more locally tailored and person-centred approach to integrated care.

Moody, E., Martin-Misener, R., Warner, G., Macdonald, M., Weeks, L. E., Shaw, L. et McKibbin, S. (2019). "Out-of-pocket expenses related to aging in place for frail older people: a scoping review protocol." *JBI Database System Rev Implement Rep.* **17**(11):2326-2333

REVIEW QUESTION: What does the literature report about the out-of-pocket expenses associated with aging in place for frail older people and their family and friend caregivers?

Morrisby, C., Joosten, A. et Ciccarelli, M. (2018). "Do services meet the needs of people with dementia and carers living in the community? A scoping review of the international literature." *Int Psychogeriatr* **30**(1): 5-14.

BACKGROUND: Providing effective support to the increasing number of people with dementia to remain at home is a challenge for families, health professionals, service providers, and governments worldwide. The aim of this paper was to summarize and disseminate the current international research evidence on the met and unmet needs of people with dementia and their carers, to inform researchers and policy-makers.

METHOD: A scoping review methodology was used to guide a search of studies published between 2004 and 2015 using specified search terms; 27 studies relevant to the aim were included. A constant comparison approach was used to thematically analyze the data.

RESULTS: Holistic needs encompassing basic human survival, medical, financial, and social needs were experienced by people with dementia and carers, regardless of country or methodology used to collect data. A gap was identified frequently between what was needed and the supports that were received; this gap encompassed quantity, quality, and flexibility of services underpinned by service delivery models.

CONCLUSION: The needs of people with dementia and their carers were diverse and not always effectively met by the services designed to support them. Recommendations are offered to service providers, policy-makers, and researchers to support more effective service provision tailored to meet the needs of people with dementia and their carers while they are living in the community.

Nagaya, Y. et Dawson, A. (2014). "Community-based care of the elderly in rural Japan: a review of nurse-led interventions and experiences." *J Community Health* **39**(5): 1020-1028.

Nurses play a critical role in delivering care to elderly people at primary health care level but there is no synthesis of research knowledge to guide community nursing practice in Japan. This review aims to identify nurse-led interventions that have been found to improve elder health at village level; the barriers and constraints that service providers face when delivering care to the elderly; and the experiences of elderly people and their caregivers. The electronic databases such as MEDLINE, CINAHL and Google Scholar were searched to retrieve peer-reviewed primary research literature. A narrative synthesis of the findings sections of the papers was applied to identify key themes. These themes are: socioculturally appropriate care; health improvements; barriers and constraints to care delivery and; experience of the elderly and families. Seven papers were included in the review. The synthesis identified that nurse-led health care for the elderly in rural Japan can be effective when it is targeted and culturally sensitive. The studies highlight a number of barriers to the provision of care. There is a need for further research to examine the issues affecting access to rural nursing care including health system factors, as well as the needs of the elderly and families themselves. Such studies will better inform the delivery of programs, reduce inequity and provide socio-culturally appropriate care to improve the well-being of the elderly.

Neget, N., Boerma, W. G. W., Kringos, D. S. et al. (2011). "Home care in Europe: a systematic literature review." Bmc Health Services Research **11**(207): 1-45

Health and social services provided at home are becoming increasingly important. Hence, there is a need for information on home care in Europe. The objective of this literature review was to respond to this need by systematically describing what has been reported on home care in Europe in the scientific literature over the past decade.

Oliva-Moreno, J., Trapero-Bertran, M., Peña-Longobardo, L. M. et del Pozo-Rubio, R. (2017). "The Valuation of Informal Care in Cost-of-Illness Studies: A Systematic Review." PharmacoEconomics **35**(3): 331-345.

<http://dx.doi.org/10.1007/s40273-016-0468-y>

There is a growing interest in incorporating informal care in cost-of-illness studies as a relevant part of the economic impact of some diseases.

Palesy, D., Jakimowicz, S., Saunders, C. et Lewis, J. (2018). "Home care in Australia: an integrative review." Home Health Care Serv Q **37**(2): 113-139.

The home care sector comprises one of Australia's fastest growing workforces, yet few papers capture the overall landscape of Australian home care. This integrative review investigates home care with the aim of better understanding care recipients and their needs, funding, and regulation; care worker skills, tasks, demographics, employment conditions, and training needs. Over 2,700 pieces of literature were analyzed to inform this review. Results suggest sector fragmentation and a home care workforce who, although well-placed to improve outcomes for care recipients, are in need of better training and employment support. Suggestions for future research regarding Australian home care include studies that combine both aged and disability aspects of care, more research around care recipients, priority needs and strategies for addressing them, and how best to prepare home care workers for their roles.

Pimentel, C. B., Lapane, K. L. et Briesacher, B. A. (2013). "Medicare part D and long-term care: a systematic review of quantitative and qualitative evidence." Drugs Aging **30**(9): 701-720.

BACKGROUND: In the largest overhaul to Medicare since its creation in 1965, the Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003 established Part D in 2006 to improve access to essential medication among disabled and older Americans. Despite previous evidence of a positive impact on the general Medicare population, Part D's overall effects on long-term care (LTC) are unknown. **OBJECTIVE:** The purpose of this systematic review was to evaluate the literature regarding Part D's impact on the LTC context, specifically costs to LTC residents, providers and payers; prescription drug coverage and utilization; and clinical and administrative outcomes. **DATA SOURCES:** Four electronic databases [PubMed, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Health Business Fulltext Elite and Science Citation Index Expanded], selected US government and non-profit websites, and bibliographies were searched for quantitative and qualitative studies characterizing Part D in the LTC context. Searches were limited to studies that may have been published between 1 January 2006 (date of Part D implementation) and 8 January 2013. **STUDY SELECTION:** Systematic searches identified 1,624 publications for a three-stage (title, abstract and full-text) review. Included publications were in English language; based in the US; assessed Part D-related outcomes; and included or were directly relevant to LTC residents or settings. News articles, reviews, opinion pieces, letters or commentaries; case reports or case series; simulation or modeling studies; and summaries that did not report original data were excluded. **STUDY APPRAISAL AND SYNTHESIS METHODS:** A standardized form was used to abstract study type, study design, LTC setting, sources of data, method of data collection, time periods assessed, unit of observation, outcomes and results. Methodological quality was assessed using modified criteria specific to quantitative and qualitative studies. **RESULTS:** Eleven quantitative and eight qualitative studies met inclusion criteria. In the seven years since its implementation, Part D decreased out-of-pocket costs among enrolled nursing home residents and potentially increased costs borne by LTC facilities. Coverage of prescription drugs frequently used by older adults was adequate, except for certain drugs and alternative formulations of importance to LTC residents. The use of medications that raise safety concerns was decreased, but overall drug utilization may have been unaffected. Although there was uncertain impact on clinical outcomes, quantitative studies demonstrated evidence of unintended health consequences. Qualitative studies consistently revealed increased administrative burden among providers. **LIMITATIONS:** Empirical evidence of Part D's LTC impact was sparse. Due to limitations in available types of data, quantitative studies were generically lacking in methodological rigor. Qualitative studies suffered from lack of clarity of reporting. As future studies use clinical Medicare data, study quality is expected to improve. **CONCLUSION:** Although LTC-specific policies continue to evolve, it appears that the prescription drug benefit may require further modifications to more effectively provide for LTC residents' unique medication needs and improve their health outcomes. Adjustments may be needed for Part D to be more compatible with LTC prescription drug delivery processes.

Reifler, B. V. et Bruce, M. L. (2014). "Home-based mental health services for older adults: a review of ten model programs." *Am J Geriatr Psychiatry* **22**(3): 241-247.

OBJECTIVE: The objective is to provide information on successful programs providing home-based services to mentally ill elderly in order to assist other communities wishing to establish such programs. **PARTICIPANTS:** The ten programs described in this article were selected by peer review from applications for an award given by the American Association for Geriatric Psychiatry and were participants in an invitational conference. **RESULTS:** Eight of the programs were components of a community agency and two were components of a medical school department of psychiatry. Six of the programs focused primarily on individuals with anxiety and depression and utilized a range of individual psychotherapies. The other four

accepted patients with any psychiatric diagnosis including dementia and included medication management as part of their services. The numbers served by the ten programs ranged from about 50 to 300 new cases per year, and the staffing ranged from 2 to 13 often with a combination of full and part time. The annual budget for the ten programs ranged from \$30,000 to \$1,250,000. Budget sources usually included some combination of public funds, philanthropy, and fee-for-service income. CONCLUSIONS: Despite the logistic and fiscal challenges of providing home-based services to mentally ill older adults there are many long-standing successful programs that can serve as models for communities wishing to establish similar programs. A great opportunity exists for a unified outcome research endeavor as well as expansion into many more communities.

Roncarolo, F., Boivin, A., Denis, J. L., Hebert, R. et Lehoux, P. (2017). "What do we know about the needs and challenges of health systems? A scoping review of the international literature." BMC Health Serv Res **17**(1): 636.

BACKGROUND: While there is an extensive literature on Health System (HS) strengthening and on the performance of specific HSs, there are few exhaustive syntheses of the challenges HSs are facing worldwide. This paper reports the findings of a scoping review aiming to classify the challenges of HSs investigated in the scientific literature. Specifically, it determines the kind of research conducted on HS challenges, where it was performed, in which health sectors and on which populations. It also identifies the types of challenge described the most and how they varied across countries. METHODS: We searched 8 databases to identify scientific papers published in English, French and Italian between January 2000 and April 2016 that addressed HS needs and challenges. The challenges reported in the articles were classified using van Olmen et al.'s dynamic HS framework. Countries were classified using the Human Development Index (HDI). Our analyses relied on descriptive statistics and qualitative content analysis. RESULTS: 292 articles were included in our scoping review. 33.6% of these articles were empirical studies and 60.1% were specific to countries falling within the very high HDI category, in particular the United States. The most frequently researched sectors were mental health (41%), infectious diseases (12%) and primary care (11%). The most frequently studied target populations included elderly people (23%), people living in remote or poor areas (21%), visible or ethnic minorities (15%), and children and adolescents (15%). The most frequently reported challenges related to human resources (22%), leadership and governance (21%) and health service delivery (24%). While health service delivery challenges were more often examined in countries within the very high HDI category, human resources challenges attracted more attention within the low HDI category. CONCLUSIONS: This scoping review provides a quantitative description of the available evidence on HS challenges and a qualitative exploration of the dynamic relationships that HS components entertain. While health services research is increasingly concerned about the way HSs can adopt innovations, little is known about the system-level challenges that innovations should address in the first place. Within this perspective, four key lessons are drawn as well as three knowledge gaps.

Sales, A. E., Bostrom, A. M., Bucknall, T., Draper, K., Fraser, K., Schalm, C. et Warren, S. (2012). "The use of data for process and quality improvement in long term care and home care: a systematic review of the literature." J Am Med Dir Assoc **13**(2): 103-113.

BACKGROUND: Standardized resident or client assessments, including the Resident Assessment Instrument (RAI), have been available in long term care and home care settings (continuing care sector) in many jurisdictions for a number of years. Although using these data can make quality improvement activities more efficient and less costly, there has not

been a review of the literature reporting quality improvement interventions using standardized data. OBJECTIVES: To address 2 questions: (1) How have RAI and other standardized data been used in process or quality improvement activities in the continuing care sector? and (2) Has the use of RAI and similar data resulted in improvements to resident or other outcomes? DATA SOURCES: Searches using a combination of keyword and controlled vocabulary term searches were conducted in MEDLINE, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), EMBASE, the Cochrane Library, and PsychINFO. ELIGIBILITY CRITERIA, PARTICIPANTS, AND INTERVENTIONS: English language publications from database inception to October 2008 were included. Eligibility criteria included the following: (1) set in continuing care (long-term care facility or home care), (2) involved some form of intervention designed to improve quality or process of care, and (3) used standardized data in the quality or process improvement intervention. STUDY APPRAISAL AND SYNTHESIS METHODS: After reviewing the articles, we grouped the studies according to the type of intervention used to initiate process improvement. Four different intervention types were identified. We organized the results and discussion by these 4 intervention types. RESULTS: Key word searches identified 713 articles, of which we excluded 639 on abstract review because they did not meet inclusion criteria. A further 50 articles were excluded on full-text review, leaving a total of 24 articles. Of the 24 studies, 10 used a defined process improvement model, 8 used a combination of interventions (multimodal), 5 implemented new guidelines or protocols, and 1 used an education intervention. CONCLUSIONS/IMPLICATIONS: The most frequently cited issues contributing to unsuccessful quality improvement interventions were lack of staff, high staff turnover, and limited time available to train staff in ways that would improve client care. Innovative strategies and supporting research are required to determine how to intervene successfully to improve quality in these settings characterized by low staffing levels and predominantly nonprofessional staff. Research on how to effectively enable practitioners to use data to improve quality of care, and ultimately quality of life, needs to be a priority.

Sanchez, V. G., Taylor, I. et Bing-Jonsson, P. C. (2017). "Ethics of smart house welfare technology for older adults: a systematic literature review." *Int J Technol Assess Health Care* **33**(6): 691-699.

BACKGROUND: The University College of Southeast Norway has an on-going project to develop a smart house welfare system to allow older adults and people with disabilities to remain in their homes for as long as they wish in safe, dignified, living conditions. OBJECTIVES: This article reviews reported ethical challenges to implementing smart houses for older adults. METHODS: A systematic literature review identified twenty-four articles in English, French, Spanish, and Norwegian, which were analyzed and synthesized using Hofmann's question list to investigate the reported ethical challenges. RESULTS: Smart houses offer a promising way to improve access to home care for older adults and people with disabilities. However, important ethical challenges arise when implementing smart houses, including cost-effectiveness, privacy, autonomy, informed consent, dignity, safety, and trust. CONCLUSIONS: The identified ethical challenges are important to consider when developing smart house systems. Due to the limitations of smart house technology, designers and users should be mindful that smart houses can achieve a safer and more dignified life-style but cannot solve all the challenges related to ageing, disabilities, and disease. At some point, smart houses can no longer help persons as they develop needs that smart houses cannot meet.

Scheepmans, K., Dierckx de Casterle, B., Paquay, L. et Milisen, K. (2018). "Restraint use in older adults in home care: A systematic review." *Int J Nurs Stud* **79**: 122-136.

OBJECTIVES: To get insight into restraint use in older adults receiving home care and, more specifically, into the definition, prevalence and types of restraint, as well as the reasons for restraint use and the people involved in the decision-making process. **DESIGN:** Systematic review. **DATA SOURCES:** Four databases (i.e. Pubmed, CINAHL, Embase, Cochrane Library) were systematically searched from inception to end of April 2017. **REVIEW METHODS:** The study encompassed qualitative and quantitative research on restraint use in older adults receiving home care that reported definitions of restraint, prevalence of use, types of restraint, reasons for use or the people involved. We considered publications written in English, French, Dutch and German. One reviewer performed the search and made the initial selection based on titles and abstracts. The final selection was made by two reviewers working independently; they also assessed study quality. We used an integrated design to synthesise the findings. **RESULTS:** Eight studies were reviewed (one qualitative, seven quantitative) ranging in quality from moderate to high. The review indicated there was no single, clear definition of restraint. The prevalence of restraint use ranged from 5% to 24.7%, with various types of restraint being used. Families played an important role in the decision-making process and application of restraints; general practitioners were less involved. Specific reasons, other than safety for using restraints in home care were noted (e.g. delay to nursing home admission; to provide respite for an informal caregiver). **CONCLUSIONS:** Contrary to the current socio demographical evolutions resulting in an increasing demand of restraint use in home care, research on this subject is still scarce and recent. The limited evidence however points to the challenging complexity and specificity of home care regarding restraint use. Given these serious challenges for clinical practice, more research about restraint use in home care is urgently needed.

Stall, N., Nowaczynski, M. et Sinha, S. K. (2014). "Systematic review of outcomes from home-based primary care programs for homebound older adults." *J Am Geriatr Soc* **62**(12): 2243-2251.

OBJECTIVES: To describe the effect of home-based primary care for homebound older adults on individual, caregiver, and systems outcomes. **DESIGN:** A systematic review of home-based primary care interventions for community-dwelling older adults (aged ≥ 65) using the Cochrane, PubMed, and MEDLINE databases from the earliest available date through March 15, 2014. Studies were included if the house calls visitor was the ongoing primary care provider and if the intervention measured emergency department visits, hospitalizations, hospital beds days of care, long-term care admissions, or long-term care bed days of care. **SETTING:** Home-based primary care programs. **PARTICIPANTS:** Homebound community-dwelling older adults (N = 46,154). **MEASUREMENTS:** Emergency department visits, hospitalizations, hospital bed days of care, long-term care admissions, long-term care bed days of care, costs, program design, and individual and caregiver quality of life and satisfaction with care. **RESULTS:** Of 357 abstracts identified, nine met criteria for review. The nine interventions were all based in North America, with five emerging from the Veterans Affairs system. Eight of nine programs demonstrated substantial effects on at least one inclusion outcome, with seven programs affecting two outcomes. Six interventions shared three core program components: interprofessional care teams, regular interprofessional care meetings, and after-hours support. **CONCLUSION:** Specifically designed home-based primary care programs may substantially affect individual, caregiver and systems outcomes. Adherence to the core program components identified in this review could guide the development and spread of these programs.

Stewart, M. J., Georgiou, A. et Westbrook, J. I. (2013). "Successfully integrating aged care services: a review of the evidence and tools emerging from a long-term care program." *Int J Integr Care* **13**: e003.

BACKGROUND: Providing efficient and effective aged care services is one of the greatest public policy concerns currently facing governments. Increasing the integration of care services has the potential to provide many benefits including increased access, promoting greater efficiency, and improving care outcomes. There is little research, however, investigating how integrated aged care can be successfully achieved. The PRISMA (Program of Research to Integrate Services for the Maintenance of Autonomy) project, from Quebec, Canada, is one of the most systematic and sustained bodies of research investigating the translation and outcomes of an integrated care policy into practice. The PRISMA research program has run since 1988, yet there has been no independent systematic review of this work to draw out the lessons learnt. **METHODS:** Narrative review of all literature emanating from the PRISMA project between 1988 and 2012. Researchers accessed an online list of all published papers from the program website. The reference lists of papers were hand searched to identify additional literature. Finally, Medline, Pubmed, EMBASE and Google Scholar indexing databases were searched using key terms and author names. Results were extracted into specially designed spread sheets for analysis. **RESULTS:** Forty-five journal articles and two books authored or co-authored by the PRISMA team were identified. Research was primarily concerned with: the design, development and validation of screening and assessment tools; and results generated from their application. Both quasi-experimental and cross sectional analytic designs were used extensively. Contextually appropriate expert opinion was obtained using variations on the Delphi Method. Literature analysis revealed the structures, processes and outcomes which underpinned the implementation. PRISMA provides evidence that integrating care for older persons is beneficial to individuals through reducing incidence of functional decline and handicap levels, and improving feelings of empowerment and satisfaction with care provided. The research also demonstrated benefits to the health system, including a more appropriate use of emergency rooms, and decreased consultations with medical specialists. **DISCUSSION:** Reviewing the body of research reveals the importance of both designing programs with an eye to local context, and building in flexibility allowing the program to be adapted to changing circumstances. Creating partnerships between policy designers, project implementers, and academic teams is an important element in achieving these goals. Partnerships are also valuable for achieving effective monitoring and evaluation, and support to 'evidence-based' policy-making processes. Despite a shared electronic health record being a key component of the service model, there was an under-investigation of the impact this technology on facilitating and enabling integration and the outcomes achieved. **CONCLUSIONS:** PRISMA provides evidence of the benefits that can arise from integrating care for older persons, particularly in terms of increased feelings of personal empowerment, and improved client satisfaction with the care provided. Taken alongside other integrated care experiments, PRISMA provides further evidentiary support to policy-makers pursuing integrated care programs. The scale and scope of the research body highlights the long-term and complex nature of program evaluations, but underscores the benefits of evaluation, review and subsequent adaptation of programs. The role of information technology in supporting integration of services is likely to substantially expand in the future and the potential this technology offers should be investigated and harnessed.

Threapleton, D. E., Chung, R. Y., Wong, S. Y. S., Wong, E., Chau, P., Woo, J., Chung, V. C. H. et Yeoh, E. K. (2017). "Integrated care for older populations and its implementation facilitators and barriers: A rapid scoping review." *Int J Qual Health Care* **29**(3): 327-334.

Purpose: Inform health system improvements by summarizing components of integrated care in older populations. Identify key implementation barriers and facilitators. Data sources:

A scoping review was undertaken for evidence from MEDLINE, the Cochrane Library, organizational websites and internet searches. Eligible publications included reviews, reports, individual studies and policy documents published from 2005 to February 2017. Study selection: Initial eligible documents were reviews or reports concerning integrated care approaches in older/frail populations. Other documents were later sourced to identify and contextualize implementation issues. Data extraction: Study findings and implementation barriers and facilitators were charted and thematically synthesized. Results of data synthesis: Thematic synthesis using 30 publications identified 8 important components for integrated care in elderly and frail populations: (i) care continuity/transitions; (ii) enabling policies/governance; (iii) shared values/goals; (iv) person-centred care; (v) multi-/inter-disciplinary services; (vi) effective communication; (vii) case management; (viii) needs assessments for care and discharge planning. Intervention outcomes and implementation issues (barriers or facilitators) tend to depend heavily on the context and programme objectives. Implementation issues in four main areas were observed: (i) Macro-level contextual factors; (ii) Meso-level system organization (funding, leadership, service structure and culture); (iii) Meso-level intervention organization (characteristics, resources and credibility) and (iv) Micro-level factors (shared values, engagement and communication). Conclusion: Improving integration in care requires many components. However, local barriers and facilitators need to be considered. Changes are expected to occur slowly and are more likely to be successful where elements of integrated care are well incorporated into local settings.

Van Eeno, L., Declercq, A., Onder, G., Finne-Soveri, H., Garms-Homolova, V., Jonsson, P. V., Dix, O. H., Smit, J. H., van Hout, H. P. et van der Roest, H. G. (2016). "Substantial between-country differences in organising community care for older people in Europe-a review." Eur J Public Health **26**(2): 213-219.

BACKGROUND: The European population is aging. The main drivers of public spending on health care for people of 65 years and older are hospital admission and admission to long-term care facilities. High quality community care can be a cost-effective and quality solution to respond to the impact of ageing populations on health-care systems. It is unclear how well countries are equipped to provide affordable and quality community care. The aim of this article is to describe and compare community care delivery with care-dependent older people in Europe. **METHODS:** This study is conducted within the European Union-financed IBenC project [Identifying best practices for care-dependent elderly by Benchmarking Costs and outcomes of community care (FP7)] in which six European countries are involved. To compare the community care delivery with care-dependent older people in these countries, we performed a systematic comparison of macro indicators using metadata complemented with data from multinational surveys. **RESULTS:** Data on the following dimensions are described and compared: population of the country, governmental expenditures on health, sources of community health services funding, governmental vision and regulation on community care, community care organisations and care professionals, eligibility criteria for and equity in receiving care and the involvement of informal care. **CONCLUSION:** : Because of the variations in the European community care contexts, the growing demand for community care as a cost-effective and quality solution to the care burden of aging populations will have country-specific impacts. When learning from other countries' best practices, in addition to researchers, policy makers should take full account of local and national care contexts.

Wild, D. et Kydd, A. (2016). "Culture change in care homes: a literature review." Nurs Older People **28**(7): 35-39.

This article is the first of a two-part series that explores a programme of culture change in care homes. A UK care home company sought the authors' expertise to design and facilitate an independent programme of learning to encourage and support staff in two of its homes to become the architects of their own quality improvement. The article reviews the literature that was an essential information base for the authors in their dual roles as designers of the learning programme and facilitators of its delivery to participant staff. The literature is necessarily broad in reflecting the nature and context of care homes, residents' needs and wants from care, and the particular challenges that might be faced by care home staff and managers when making quality improvements. In the second article, the reality of running the programme in the two homes is described.

Wysocki, A., Butler, M., Kane, R. L., Kane, R. A., Shippee, T. et Sainfort, F. (2015). "Long-Term Services and Supports for Older Adults: A Review of Home and Community-Based Services Versus Institutional Care." *J Aging Soc Policy* **27**(3): 255-279.

Despite a shift from institutional services toward more home and community-based services (HCBS) for older adults who need long-term services and supports (LTSS), the effects of HCBS have yet to be adequately synthesized in the literature. This review of literature from 1995 to 2012 compares the outcome trajectories of older adults served through HCBS (including assisted living [AL]) and in nursing homes (NHs) for physical function, cognition, mental health, mortality, use of acute care, and associated harms (e.g., accidents, abuse, and neglect) and costs. NH and AL residents did not differ in physical function, cognition, mental health, and mortality outcomes. The differences in harms between HCBS recipients and NH residents were mixed. Evidence was insufficient for cost comparisons. More and better research is needed to draw robust conclusions about how the service setting influences the outcomes and costs of LTSS for older adults. Future research should address the numerous methodological challenges present in this field of research and should emphasize studies evaluating the effectiveness of HCBS.

L'accompagnement à domicile : rapports institutionnels et perspectives macroéconomiques

ÉTUDES : FRANCE

2019

Foglia, T., Fiet, C. et Morgny, C. Les personnes âgées et leurs aidants : besoins, satisfaction des besoins sur les aspects social-santé, leviers de leur participation : revue de la littérature: 39.
<http://www.orsbfc.org/les-personnes-agees-et-leurs-aidants/>

L'Agence régionale de la santé Bourgogne Franche Comté a confié à l'Observatoire régional de la santé une revue de la littérature sur les besoins des personnes âgées et de leurs aidants. Cette revue questionne notamment l'adéquation de l'offre à ces besoins. Il s'agit également de rendre compte des leviers de la participation de ces populations. Si leurs comportements en matière de santé semblent plus favorables globalement, des différences sont très marquées en fonction de leurs caractéristiques socio-économiques. La question du maintien à domicile est centrale et transversale : l'offre de santé doit s'adapter pour permettre un meilleur aménagement du domicile et des environnements urbains et ruraux favorables à la mobilité et l'accessibilité. Concernant les actions de prévention ciblant les personnes âgées, elles restent encore axées sur la volonté de réduction ou de report de pathologies spécifiques. Des leviers en termes d'approches globales pourraient être développés, ayant pour objet le bien être de ces populations. Cibler les personnes défavorisées socialement pourrait réduire les inégalités d'accès à la prévention (les actions en population générale sont souvent captées par les plus favorisés). Les aidants occupent une part non négligeable de leur temps à l'aide, quelquefois au détriment de leur santé. Des dispositifs d'aide aux aidants sont développés, mais ils ne questionnent pas suffisamment les résistances au soutien et ne sont pas assez modulables. La participation des populations étudiées reste pour le moment essentiellement consultative et non spécifique aux personnes âgées. Son développement appelle des changements dans les rapports de pouvoir et de savoir, comme le montrent les expériences de santé communautaire.

Giraud, O., Outin, J.-L. et Rist, B. (2019). "La place des aidants profanes dans les politiques sociales, entre libre choix, enrôlements et revendications." *Revue Française des Affaires Sociales*(1): 7-215.
<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2019-1-page-7.htm>

Dans son premier numéro de l'année 2019, la Revue française des affaires sociales traite des aidants profanes, c'est-à-dire des non-professionnels, entendus au sens large des relations sociales : il s'agit bien entendu de la famille mais aussi des cohabitants, des voisins ou des amis. Sont essentiellement traités la santé, le handicap et la dépendance. Les dix articles examinent deux dimensions du thème, chacun avec une perspective différente. La première est la tension ressentie par les individus entre contrainte et liberté d'aider. La seconde dimension est la tension des pouvoirs publics entre enrôlement et soutien, d'un côté, et enrôlement de force, de l'autre. Les enjeux sont en effet tant éthiques (répondre à la demande de personnes vulnérables qui souhaitent vivre « chez elles », en milieu ordinaire) que budgétaires. Une synthèse propose, quant à elle, un aperçu des propos tenus lors du séminaire organisé par la RFAS en 2018 sur l'action publique et la publication de travaux de recherche dans le champ du handicap et de la dépendance.

H.C.F.E.A. (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.

Latourelle, J. (2019). "Deux ans d'application de la loi d'adaptation de la société au vieillissement. Résultats de l'enquête trimestrielle sur l'APA à domicile en 2016-2017." Etudes Et Résultats (Drees)(1109)

<https://www.epsilon.insee.fr/jspui/handle/1/92333>

Le dispositif d'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile a été réformé début 2016 dans le cadre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015, dite loi ASV. La réforme est appliquée progressivement au cours de l'année 2016, et près de 14 % des plans d'aide sont révisés au cours du 2e trimestre. La revalorisation des plafonds profite notamment aux bénéficiaires en GIR 1, les plus dépendants. Ils sont ainsi 38 % à bénéficier d'un plan d'un montant supérieur aux plafonds avant réforme fin 2016, et 46 % fin 2017. En décembre 2017, les montants notifiés des plans d'aide s'élèvent en moyenne à 1 250 euros mensuels pour les GIR 1, 940 euros pour les GIR 2, 650 euros pour les GIR 3, 360 euros pour les GIR 4 et leur financement est majoritairement à la charge du conseil départemental (80 % en moyenne tous GIR confondus). Les bénéficiaires en GIR 1 participent à hauteur de 16 % au plan, tandis que ceux en GIR 4 s'acquittent, en moyenne, de 22 % du montant. Les mesures d'aide au répit des proches aidants se mettent en place très progressivement au cours des années 2016 et 2017.

Libault, D. (2019). Grand âge et autonomie : concertation. Paris Ministère chargé de la santé

Ce rapport sur la prise en charge de la dépendance et le maintien de l'autonomie est issu des réflexions de dix groupes de travail thématiques et de cinq forums régionaux, mais aussi des résultats d'une vaste concertation de quatre mois. Alors que d'ici à 2050, la France comptera près de 5 millions de plus de 85 ans, contre 1,5 aujourd'hui, avec un doublement du nombre de personnes dépendantes, l'enjeu du vieillissement de la population et de la prise en charge de la dépendance fait partie des priorités du gouvernement. Ce rapport formule 175 propositions pour prévenir et prendre en charge la dépendance et favoriser l'autonomie et le maintien à domicile, avec notamment 10 propositions clés pour « passer de la gestion de la dépendance au soutien à l'autonomie » : créer un guichet unique pour les personnes âgées et les aidants dans chaque département, avec la mise en place des "Maisons des aînés et des aidants", copilotées entre le département et l'ARS, qui se substitueraient aux CLIC, MAIA, Paerpa, PTA et autres plates-formes de répit ; renforcer l'attractivité des métiers du grand âge qui peinent à recruter ; revaloriser l'aide à domicile (pour un coût de 550 millions

d'euros) ; augmenter de 25% le taux d'encadrement en Ehpad d'ici 2024, soit 80 000 postes supplémentaires (1,2 milliard) ; rénover les maisons de retraite publiques devenues vétustes (3 milliards d'euros sur 10 ans) ; faciliter l'intégration entre domicile et Ehpad (300 millions) ; réduire le reste à charge mensuel de 300 euros en établissement pour les personnes modestes gagnant entre 1000 et 1600 euros par mois (création d'une « prestation autonomie » dégressive) pour un coût de 2,7 milliards ; indemniser le congé de proche aidant (53 euros par jour) par la Sécurité sociale avec une négociation obligatoire dans les branches professionnelles pour faciliter sa mise en place en entreprise ; lancer une mobilisation nationale pour la prévention de la perte d'autonomie et enfin, renforcer la mobilisation du service civique et du service universel pour rompre l'isolement des personnes âgées et favoriser les liens intergénérationnels. Le coût annuel des 175 propositions du rapport « Grand âge et autonomie », par rapport à 2018, est estimé à 4,8 Md€ en 2024 et à 6,1 Md€ en 2030. Cumulée aux conséquences de l'évolution démographique, et nette des mesures d'économies proposées, la dépense publique globale consacrée à l'autonomie augmenterait, par rapport à 2018, de 6,2 Md€ en 2024 et de 9,2 Md€ en 2030, à rapporter aux 23,7 milliards actuels (départements et Sécurité sociale). Les pistes d'économie suggérées par la mission (1,2 milliard en 2030) portent notamment sur une prévention active de la perte d'autonomie, une coordination des acteurs forte, limitant les hospitalisations évitables, la mise en emploi de personnes en parcours d'insertion ou de demandeurs d'emploi. La mission compte aussi sur des gains d'efficacité par une réorganisation de l'offre médico-sociale, une baisse de l'absentéisme et des dépenses d'indemnités journalières maladie, résultant des mesures en faveur des professionnels et des proches aidants. Concernant le financement, le rapport préconise de dégager un financement uniquement public reposant sur la solidarité nationale. Il pose les bases d'un cinquième risque de sécurité sociale. Le financement privé a une vocation complémentaire et facultative (en instaurant pour l'assurance dépendance le même dispositif du contrat responsable en vigueur dans la santé). Il recommande également la mobilisation de prélèvements obligatoires existants, plutôt que la création de nouveaux prélèvements, notamment en lien avec la fin de la dette sociale et la priorisation des dépenses publiques affectées au grand âge au sein de la protection sociale, autrement dit en arbitrant au sein des 720 milliards d'euros de dépenses annuelles allouées à la protection sociale en faisant des économies ailleurs. Un projet de loi devrait être prés

Roquebert, Q., Kaboré, R. et Wittwer, J. (2019). "Decentralized Home Care Sector Regulation and the Demand for Formal Care." *Revue d'économie politique* 129(6): 1031-1054.

<https://www.cairn.info/revue-d-economie-politique-2019-6-page-1031.htm>

Face au vieillissement de la population dans les pays de l'OCDE, une grande partie des politiques publiques encouragent le recours à l'aide professionnelle à domicile pour les personnes âgées résidant à domicile. En France, ces politiques financent la demande d'aide dite formelle sous la forme de subventions mais régulent également, du côté de l'offre, une partie des producteurs dans le secteur de l'aide à domicile. Cet article étudie le lien entre la régulation de l'offre et le recours à l'aide à domicile des personnes âgées à domicile. Dans le contexte d'une régulation décentralisée au niveau des conseils départementaux, nous utilisons les variations territoriales du niveau de régulation pour estimer les déterminants du recours à l'aide formelle. Nous exploitons une enquête départementale originale pour enrichir l'enquête nationale Handicap Santé Ménages. Lorsque les producteurs non régulés — dont la qualité est peu contrôlée et le prix n'est pas régulé — dominent le marché, le recours à l'aide formelle est plus faible. Cet effet est toutefois concentré sur les personnes âgées de 60 à 70 ans et n'est pas observé pour les populations plus âgées. Ces résultats contribuent à discuter les questions soulevées par la décentralisation d'une politique nationale ainsi que les effets de la récente réforme du secteur de l'aide à domicile

augmentant le niveau de régulation du marché.

Zerrar, N. (2019). "Entre besoins d'aides et obligations familiales et professionnelles : les aidants sont-ils libres d'aider leur(s) parent(s) en situation de perte d'autonomie ?" *Revue Française des Affaires Sociales*(1): 159-179.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2019-1-page-159.htm>

Isaiah Berlin (1988) introduit les concepts de liberté positive (être libre de faire ce que l'on veut) et de liberté négative (ne pas subir d'entrave à sa volonté). Ces deux concepts sont mobilisés pour étudier la latitude du choix des enfants d'aider leur(s) parent(s) en situation de perte d'autonomie. La liberté positive est abordée au travers de deux paramètres de préférences individuelles : l'altruisme et la réciprocité positive. La liberté négative est approchée par le triptyque d'engagements de la génération pivot (travail, enfant, parent) qui est l'objet d'étude de l'enquête ELDERS 3 mobilisée ici. Cette analyse dessine une liberté d'aider principalement menacée par les besoins d'aide du parent. L'analyse selon le statut conjugal du parent confirme ce résultat même pour les aidants de parents sans conjoint. En effet, à besoins d'aide donnés, le choix d'aider un parent et l'intensité de cette aide s'expliquent par les préférences de l'enfant. Cette aide paraît rationalisée au regard des obligations familiales de l'enfant alors que, au contraire, le milieu professionnel de l'enfant n'a aucun impact sur l'aide apportée à son parent.

2018

Apouey, B. H. (2018). Les attentes en termes de services pour les seniors : Le rôle de l'altruisme et de l'anticipation de la dépendance. *PSE Working Papers ; 2017-48*. Paris PSE

<https://hal-pse.archives-ouvertes.fr/hal-01627093>

Dans le contexte du vieillissement de la population, cet article s'intéresse aux attentes en termes de nouveaux services qui pourraient faciliter le bien vieillir en France. À partir de données originales sur les adhérents d'une mutuelle, nous nous concentrons sur les attentes relatives à sept types de services (services liés à la vie sociale, et à la santé et aux soins, entre autres) et étudions leurs déterminants. Nos analyses montrent le rôle majeur joué par l'altruisme, la solidarité, et l'anticipation de la dépendance dans ces attentes.

Capuano, C. (2018). *Que faire de nos vieux ? Une histoire de la protection sociale de 1990 à nos jours*, Paris : SciencesPo Les Presses

Il est probable que nous vivions vieux, incertain que nous vivions en bonne santé. Pour mieux cerner la question de la dépendance des personnes âgées, de plus en plus aiguë avec le vieillissement de la population, Christophe Capuano apporte son regard d'historien et revient sur la genèse de l'État social depuis les années 1880. Les dispositifs mis en place, fondés sur l'assistance ou l'aide sociale, ont toujours été déficients. Longtemps assimilées aux grands infirmes ou aux handicapés, les personnes âgées ont perdu les bénéfices de la politique du handicap à la fin du XXe siècle. Quant au cinquième risque de la Sécurité sociale – celui de la dépendance –, sa création s'est vue constamment repoussée jusqu'à nos jours. Au travers du sujet de la dépendance, l'auteur souligne la priorité donnée aux économies budgétaires et aux logiques des finances publiques dans les politiques sociales menées envers les troisième et quatrième âges. Il insiste également sur le rôle essentiel des familles, qui se maintient au fil du temps n'en déplaise aux pouvoirs publics qui ne cessent de pointer leur désengagement.

Cour des Comptes (2018). La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie : des missions mieux assurées, des progrès à poursuivre. Le rapport public annuel 2018 de la Cour des Comptes. Tome 2., Paris : Cour des comptes: 104-133.

<https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2018-01/04-Caisse-nationale-solidarite-pour-autonomie-Tome-2.pdf>

Dans son rapport précédent sur « la mise en œuvre des missions de la CNSA », publié en octobre 2013⁶⁴, la Cour a formulé un certain nombre d'observations et de recommandations à l'adresse de la CNSA et de ses tutelles. Au terme d'un nouveau contrôle mené en 2017, la Cour constate qu'après une douzaine d'années d'existence, la CNSA s'est désormais imposée dans le paysage médico-social comme un acteur central (I). Des progrès ont été accomplis, notamment en ce qui concerne la répartition des moyens entre les agences régionales de santé, mais ils doivent être poursuivis (II). Les aides individuelles (APA et PCH) continuent enfin d'être affectées par de grandes disparités territoriales (III).

Gillot, C. (2018). Personnes handicapées. Tome 1 : Sécuriser les parcours, cultiver les compétences ; Tome 2 : Proches aidants - Préserver nos aidants : une responsabilité nationale. Paris CNCPH.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/184000388-personnes-handicapees-securiser-les-parcours-cultiver-les-competences-tome-i>

En octobre 2017, Dominique Gillot, présidente du Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) a été chargée d'une mission visant à trouver des solutions permettant de faciliter l'embauche et le maintien en emploi des personnes en situation de handicap. Le rapport se décline en un « Tome 1 », dédié à la situation des personnes handicapées dans l'emploi et en un « Tome 2 », consacré à la conciliation rôle d'aidant/vie professionnelle. Il fait une large part aux témoignages concrets des difficultés rencontrées par les personnes. En outre, il dresse des perspectives de simplification et de renforcement d'attention aux moments de fragilité identifiés dans le parcours de la personne et notamment des plus jeunes. Le rapport met en avant 3 grands objectifs : mieux informer et accompagner les personnes ; mobiliser les employeurs et rénover les dispositifs d'accompagnement dans l'emploi ; concilier le rôle des proches aidants et leur vie professionnelle.

Guirimand, N., Mazereau, P. et Leplege, A. (2018). Les nouveaux enjeux du secteur social et médico-social : décroiser & coordonner les parcours de vie et de soin, Nîmes : Champ social éditions

La notion de parcours de vie impose une transformation profonde des modalités d'organisation du secteur médico-social, sanitaire, éducatif ou d'accès aux structures de droit commun. Lorsqu'il s'agit de suivre et d'accompagner des personnes en situation de handicap ou de dépendance, ainsi que des malades chroniques, elle implique de définir avec les usagers leur projet de vie. En conséquence, ce travail impulse une dynamique d'élaboration et de prise de décision à la croisée de plusieurs secteurs. Accompagner les personnes en situation de handicap ou malades chroniques dans l'élaboration de leur parcours de vie, favoriser l'accessibilité aux services de droit commun, les aider à s'autonomiser et à trouver des réponses à leurs besoins et attentes, implique la mise en œuvre de dispositifs innovants en matière d'éducation thérapeutique, d'inclusion scolaire et péri-scolaire, mais aussi de soutien à la parentalité pour les familles les plus vulnérables. La pluralité des modalités de mise en œuvre de programmes d'éducation thérapeutique et de dispositifs sanitaires et médico-sociaux d'accompagnement rend difficile la lecture des services proposés à la fois pour les usagers et pour les agents impliqués dans leur mise en œuvre. Si de manière

consensuelle, la pluridisciplinarité est reconnue comme indispensable, la coopération entre les intervenants, elle, est essentielle. Pourtant cette coopération nécessite d'être pensée et analysée dans sa complexité, c'est-à-dire au point d'intersection entre les intérêts et les enjeux des agents à et pour cette pratique éducative, les moyens dont ils disposent pour sa mise en œuvre, sa temporalité (hospitalisation de jour, moyen séjour, stage intensif), les lieux d'exercice (service hospitalier, pôle de santé, domicile du patient, etc.). La coordination des parcours de vie appelle donc une exploration multidimensionnelle : sociologique, psychologique, philosophique, politique et anthropologique approfondie de toutes ces dimensions. Cet ouvrage tente d'apporter des éléments de compréhension en interrogeant, dans un même mouvement, les mécanismes implicites et explicites de la collaboration interprofessionnelle, les questions de l'inclusion sociale et scolaire, de l'éducation thérapeutique des jeunes en situation de handicap, ainsi que les transformations identitaires des acteurs qui coopèrent à la construction des parcours de vie.

Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie(2018). Système de santé et personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie à l'horizon 2030 : Avis du HCAAM. Paris HCAAM

Dans sa Contribution à la Stratégie de transformation de notre système de santé, le HCAAM appelle à partir des services à rendre à la population et non de l'offre disponible. Ceci est d'autant plus important pour les personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie que leur accompagnement nécessite de s'écarter de l'organisation historique de l'offre sanitaire conçue autour d'interventions ponctuelles destinées à résoudre un problème aigu. En effet, la prévention joue un rôle essentiel dans la préservation de l'autonomie. En outre, les personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie souffrent de multiples problèmes pour lesquels l'horizon n'est souvent pas la guérison mais la remédiation, la stabilisation voire une moindre dégradation, qui nécessitent des soins et services coordonnant l'intervention d'un ensemble d'acteurs dans la durée. Vulnérables, ces personnes sont particulièrement sensibles aux dysfonctionnements actuels de notre système. Faute de réponse de proximité organisée, elles se tournent, souvent par défaut, vers les acteurs aujourd'hui les plus structurés, établissements de santé et médicosociaux, avec les mêmes inefficiences dans les champs sanitaire et médico-social. Pour répondre à leurs besoins, à la frontière de ces champs, le HCAAM appelle à un décloisonnement et à une simplification, pour mettre fin à l'éparpillement actuel des interlocuteurs et des moyens. Pour permettre aux Français de rester, comme ils le souhaitent dans leur grande majorité, à domicile, la priorité doit être donnée à une réponse de proximité renforcée et structurée, accessible partout sur le territoire et quelles que soient les ressources des personnes concernées.

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

<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 consécutive 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.

Haut conseil de la famille et de l'âge (2018). Le soutien à l'autonomie des personnes âgées à l'horizon 2030. Paris HCFEA.

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

Ce rapport a été établi dans le cadre d'une saisine de la ministre des Solidarités Agnès Buzyn. L'horizon choisi, 2030, se situe à une période charnière, où les premières générations du baby-boom arriveront à l'âge de 85 ans, âge moyen d'entrée en EHPAD. Le rapport dresse un état des lieux de la situation des personnes âgées en perte d'autonomie : état de santé, modalités d'accompagnement et systèmes de soins proposés dans leurs différents lieux de vie (domicile, habitat alternatif, établissement). Puis il identifie les grandes tendances et les enjeux à l'horizon 2030.

Mochel, P., Naves, P., Tenne, Y., et al. (2018). Evaluation de l'aide humaine pour les élèves en situation de handicap. Paris Igas

<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article695>

La scolarisation en milieu ordinaire des enfants et adolescents en situation de handicap a connu une forte augmentation depuis la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées : 320.000 enfants et adolescents ont ainsi été accueillis dans les écoles, collèges et lycées en 2017 (100.000 en 2006). Ces progrès en termes d'inclusion scolaire ont été rendus possibles par la mise en place d'un accompagnement spécifique des jeunes concernés : 80.000 accompagnants des élèves en situation de handicap (AESH) sont intervenus auprès de 150.000 élèves en 2017 (soit une multiplication par cinq du nombre d'élèves ainsi accompagnés entre 2006 et 2017).

Pouchadon, M.-L. et Martin, P. (2018). "Politiques de la vieillesse, politiques de l'autonomie : quelles dynamiques territoriales et démocratiques ?" *Retraite et Société* **79**(1): 83-103.

<https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2018-1-page-83.htm>

Depuis deux décennies, via les missions sociales et de solidarité confiées aux départements, la France est engagée dans des politiques de l'autonomie (vieillesse et handicap) qui se sont territorialisées. L'action publique se conçoit dans la recherche d'une plus grande proximité avec les territoires et leurs habitants. Ce mouvement d'adaptation des politiques locales aux besoins des habitants et aux réalités économiques, sociologiques, politiques des territoires s'accompagne-t-il d'une dynamique démocratique ? À partir de l'analyse et de la comparaison des politiques locales dans deux départements de la région Nouvelle-Aquitaine, cet article explore la façon dont les départements rendent opérationnelle leur « politique vieillesse » et construisent leur rapport au territoire. Comment les départements assurent-ils leurs missions de gestion des dispositifs vieillesse (allocation personnalisée d'autonomie [APA], notamment) et quelles stratégies de développement local impulsent-ils parallèlement ? Engagent-ils une démarche participative auprès des populations âgées, et selon quelle représentation du rôle social qu'elles auraient à jouer ? La comparaison révèle des différences dans la manière d'organiser l'action, de structurer les acteurs dans les territoires, mais de manière générale, les politiques de l'autonomie demeurent fortement ancrées dans une logique de service à l'utilisateur. La participation est le plus souvent conçue sous un angle technique et administratif. Dans le prisme de la dépendance, la personne âgée peine à s'émanciper et à devenir pleinement actrice des politiques et des projets locaux qui la concernent.

Rayssiguier, Y. R. et Huteau, G. (2018). Politiques sociales et de santé : comprendre pour agir, Rennes : Presses de l'EHESP

Publié pour la première fois en 2008, puis réédité en 2012, cet ouvrage invite à découvrir les politiques sociales et de santé à partir d'un double point d'entrée : celui des interventions des pouvoirs publics, et celui des professionnels de l'action sanitaire et sociale. Il ne néglige pas pour autant la place des autres acteurs – établissements, associations et usagers – qui jouent aussi un rôle dans la conception et la mise en œuvre de ces politiques publiques. Politiques sociales et de santé a, certes, pour objet de faire connaître ces domaines, mais surtout il permet d'en comprendre les enjeux et de disposer des méthodes et des outils utiles à l'intervention professionnelle. L'étude des politiques sociales et de santé se situant au carrefour de différentes disciplines, cet ouvrage fait appel aux savoirs les plus récents du droit, de la science politique, de la sociologie et de l'économie, lesquels sont associés à l'expérience professionnelle de ses auteurs.

Tenand, M. (2018). Being dependent rather than handicapped in France: Does the institutional barrier at 60 affect care arrangements? PSE Working Papers n°2018-48. Paris Paris School of economics:

<https://econpapers.repec.org/paper/halpsewpa/halshs-01889452.htm>

Individuals having difficulties to perform the activities of daily living may benefit from public long-term care (LTC) support. France distinguishes between handicap benefits, accessible to individuals below 60, and dependence schemes, for individuals aged 60 and older. This paper assesses the effects of the age 60 threshold in the French LTC policies using the French Health and Disability Survey (HS 2008{2009}) in two ways. First, we estimate the effect of being 60 and older on the probability to receive non-medical formal care and informal home care, controlling for a rich set of socio-demographic characteristics and age effects. Being a "dependent elderly" rather than a "handicapped adult" little affects the probability to receive home care; however, it increases formal care utilization and, to a lesser extent, decreases the probability to receive informal care. Second, we implement a Regression Discontinuity (RD) approach and provide evidence that the institutional age threshold affects living

arrangements, as individuals above age 60 are more likely to be recorded as living in an institution. The architecture of LTC policies affects the way individuals' day-to-day difficulties are being compensated, thereby undermining horizontal equity in the use of formal LTC.

2017

Bensadon, A.-C., Daniel, C. et Scarbonchi, F. (2017). Évaluation de la mise en œuvre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement pour le volet domicile : Rapport : Annexes, Paris : IGAS

<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article624>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 8DHqGR0x. Diffusion soumise à autorisation]. La loi ASV comporte plusieurs dispositions visant à améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie et l'accessibilité des services nécessaires pour cela. Mais leur application se révèle souvent très complexe, tant pour les bénéficiaires que pour les financeurs et organisateurs. Les constats réalisés sur le terrain (dans 17 départements) illustrent le caractère progressif et hétérogène de cette mise en œuvre selon les départements, qui ont eu relativement peu de temps pour s'adapter à leurs nouvelles obligations. La mission formule plusieurs recommandations de simplification concernant notamment la compensation des charges nouvelles des départements et les obligations de procédures (redondantes) imposées aux services d'aide et d'accompagnement à domicile en matière d'évaluation. Est aussi recommandé un plan en faveur des aidants, en lien avec la stratégie nationale relative aux personnes en situation de handicap.

Compagnon, C., Corlay, D. et Petreault, G. (2017). Évaluation du 3ème plan autisme dans la perspective de l'élaboration d'un 4ème plan : Rapport : Annexes. Rapport IGAS ; 2016-094R., Rapport IGEN ; 2017-031. Paris IGAS, Paris IGEN

<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article606>

Lors de la Conférence nationale du Handicap du 19 mai 2016, le Président de la République a annoncé qu'un 4ème plan autisme verrait le jour à l'issue du 3ème. C'est dans cette perspective qu'une évaluation du 3ème plan doit être menée sur les cinq axes qui le composent : le diagnostic et l'intervention précoce, l'accompagnement tout au long de la vie, le soutien aux familles et aux aidants, la poursuite des efforts de recherche, la formation de l'ensemble des acteurs. La mission examinera également les modalités de répartition des crédits de ce plan et dressera le bilan de leur consommation. ». Outre l'évaluation des avancées réalisées à l'issue du 3ème plan, il a été demandé à la mission de dégager les principales orientations d'un prochain plan autisme.

Dessaule, M. S. (2017). Rapport de capitalisation : déployer la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » - Premiers enseignements et retours d'expérience. Paris CNSA

http://www.cnsa.fr/documentation/reponse_accompagnee_-_rapport_de_capitalisation_-_juillet_17.pdf

La démarche «Une réponse accompagnée pour tous» est avant tout une ambition à atteindre pour les personnes en situation de handicap et leurs familles, un état d'esprit pour tous les acteurs impliqués : ambition et état d'esprit qui doivent sous-tendre en permanence la méthode mise en place par les départements pionniers. Réalisé dans le cadre de la politique d'appui aux territoires engagés dans la démarche, cette publication de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dresse un premier constat de l'expérimentation menée dans 24

sites pionniers en 2015 et identifie des bonnes pratiques et des points de vigilance qui seront utiles aux 66 territoires engagés tout au long de l'année 2017. Les conseils et points d'attention portent sur les 4 axes de la démarche et sur son pilotage.

Firmin Lebodo, A. et Lecocq, C. (2017). Rapport d'information sur la mise en application de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Rapport d'information ; 438. Paris Assemblée nationale
<http://www.assemblee-nationale.fr/15/rap-info/i0438.asp>

Près de deux ans après sa promulgation, la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) est pleinement effective.". La quasi totalité des décrets d'application ont été publiés mais seuls cinq des neuf rapports demandés par la loi au gouvernement ont été effectivement publiés à ce jour. Parmi ceux encore en attente figure notamment celui sur l'impact des seuils pour l'attribution de la prestation de compensation du handicap (PCH). Le rapport pointe une application "disparate et hétérogène d'un territoire à l'autre", tant du point de vue des délais que du contenu et de l'accompagnement. Plus grave, il constate qu'"en dépit de son caractère contraignant, la loi n'est parfois pas appliquée". Certains volets du texte ont ainsi pâti de difficultés d'application ou d'appropriation. Pour les rapporteuses, "la mobilisation du droit au répit, le financement des aides techniques individuelles ou le fonctionnement du conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie dans une approche transverse sont reconnus comme décevants". Globalement, le rapport estime que "le volet préventif - qui irrigue l'ensemble de la loi ASV - reste fragilisé par la complexité des nouveaux circuits de pilotage et de financement". Les auteurs jugent indispensable de réaliser "une évaluation plus concrète et qualitative de la loi ASV" et formulent une douzaine de propositions.

Giraud, O. (2017). "L'introuvable démocratie du care ? La gouvernance multiscalaire des systèmes d'aide et de soins à domicile des personnes âgées entre néo-familialisme et privatisation : le cas de Hambourg et Édimbourg." Revue européenne des sciences sociales **55-1**(1): 147.
<http://www.cairn.info/revue-europeenne-des-sciences-sociales-2017-1-page-127.htm>

Cet article met en perspective une vision normative des systèmes d'aide et soins à domicile des personnes âgées dérivée de la démocratie du care développée par Joan Tronto avec deux régimes concrets de care : Hambourg et Édimbourg. Le concept de démocratie du care est resitué dans les évolutions récentes des régimes d'aide et de soins à domicile en Europe. Son agenda normatif est ensuite décliné autour de quelques éléments concrets permettant l'évaluation qualitative de réformes et innovations locales. Dans le cas de Hambourg, le modèle des conférences du soin tente de contrer les ruptures et les discontinuités au sein du régime local de care en renforçant la participation des différentes parties prenantes. Dans le cas d'Édimbourg, la politique communale a couplé l'introduction d'un parcours de soins centré sur la réhabilitation des personnes avec une politique de privatisation des services. Le concept de démocratie du care s'avère utile parce qu'il permet une analyse de trajectoires de cas singuliers dans un contexte comparatif situé.

HCFEA (2017). Disposer de temps et de droits pour s'occuper de ses enfants, de sa famille et de ses proches en perte d'autonomie. Paris HCFEA: 110.
<http://www.strategie.gouv.fr/publications/disposer-de-temps-de-droits-soccuper-de-enfants-de-famille-de-proches-perte-dautonomie>

Ce rapport fait un tour d'horizon des dispositifs permettant de disposer de temps pour raisons « familiales » et analyse l'indemnisation des temps de congé ou de moindre activité.

Les parents et les proches aidants actifs sont soumis à une double contrainte forte : ils doivent trouver le temps et les moyens d'articuler leur vie professionnelle et leur vie familiale. Le rapport commence donc par analyser les dispositifs existants qui visent à les y aider (congés, aménagements du temps ou de l'organisation du travail et les éventuelles indemnités qui y sont attachées). Le HCFEA formule des propositions pour une meilleure prise en compte des impératifs de responsabilités familiales et met en évidence des pistes d'amélioration des congés, des indemnités et des droits à la retraite associés et celles offertes par les dispositifs et formules souples de travail. Les propositions, volontairement nombreuses, sont formulées dans l'objectif d'alimenter le débat dans les sphères institutionnelles et académiques. Certaines d'entre elles feront l'objet d'approfondissements et de chiffrages plus précis en 2018 au sein du HCFEA et devront être réfléchies en lien avec les politiques d'accueil du jeune enfant et d'aides aux personnes en perte d'autonomie ou en situation de handicap.

Henrard, J.-C. (2017). "Viellissement. Des politiques toujours liées à l'âge, et peu de coordination." Actualité Et Dossier En Sante Publique(100): 52-55.

[BDSP. Notice produite par EHESP 8R0xqJn8. Diffusion soumise à autorisation]. En 1997, Adsp publiait deux dossiers sur le vieillissement. Que s'est-il passé depuis ? De nombreux débats ont eu lieu, des réformes ont été adoptées, des dispositifs mis en œuvre. Cet article propose un bilan des améliorations apportées et des problèmes qui demeurent : insuffisance de la coordination des dispositifs complexes mis en place, prise en charge déterminées selon l'âge alors que les besoins sont liés à la dépendance, et création d'un cinquième risque, qui assurerait le financement de la dépendance par la solidarité nationale.

Huillier, J. (2017). Du baluchonnage québécois au relayage en France : une solution innovante de répit. Paris Ministère chargé de la santé

<http://social->

[sante.gouv.fr/IMG/pdf/3. du baluchonnage quebecois au relayage en france version de f_3.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/3_du_baluchonnage_quebecois_au_relayage_en_france_version_de_f_3.pdf)

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.

Nezosi, G. (2017). "La dépendance : quel état des lieux ?" Cahiers Français(399): 42-48.

Avec le développement de l'État providence, l'espérance de vie des Français a beaucoup augmenté, mais les personnes âgées peuvent souffrir d'une perte d'autonomie. La dépendance est ainsi devenue une question majeure de santé publique et, à partir de la fin des années 1990, des dispositifs d'assistance dont le financement est supporté par la sécurité sociale, les collectivités territoriales et les ménages ont été mis en œuvre. Pour de raisons notamment de coût, la prise en charge de la dépendance n'a pas été unifiée avec celle du handicap, et quant à la création annoncée d'un cinquième risque au sein de la sécurité sociale des considérations elles aussi financières ont conduit à y renoncer. Le pilotage de le

dépendance revêt donc aujourd'hui un pilotage hybride avec un double questionnement sur sa gouvernance et son financement.

Rapegno, N. et Ulrich, V. (2017). "Accompagnement des personnes handicapées. Dispositifs et modalités dans les établissements et services médico-sociaux." Questions de Santé Publique(32)

<https://www.iresp.net/wp-content/uploads/2018/10/IReSP-n-32.web-BD-1-1.pdf>

La CNSA, la DREES et l'IReSP ont organisé, en 2016-2017, un séminaire de réflexion sur les dispositifs et modalités d'accompagnement des personnes handicapées afin de préparer un appel à projets de recherche sur cette thématique. Ce séminaire a permis de faire le point sur l'évolution de l'offre d'accompagnement dans le secteur médico-social, sur les logiques à l'œuvre et l'état de la recherche dans ce domaine. L'offre médico-sociale comprend les établissements et services à destination des enfants et adultes handicapés. Elle est actuellement en cours de transformation, notamment dans le but de s'adapter au mieux aux besoins des personnes handicapées, quels que soit leur âge et leur parcours. À cette fin, une meilleure connaissance des aspirations des personnes et des expériences qu'elles vivent en matière d'accompagnement est nécessaire. Sur les territoires, la configuration de l'offre d'établissements et de services est le fruit d'histoires institutionnelles singulières et de spécificités géographiques. Sous l'impulsion des pouvoirs publics mais aussi de collectifs constitués par les personnes handicapées et leurs familles, cette offre évolue, avec notamment le développement des services d'accompagnement à domicile et l'émergence de nouvelles formes d'habitat qui se veulent être une alternative aux établissements et au domicile. Ces mutations offrent des perspectives de recherche diverses et stimulantes..

2016

Bozio, A., Martin, C. et Gramain, A. (2016). "Quelles politiques publiques pour la dépendance ?" Notes Du Conseil D'analyse Economique (Les)

<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 Vieillessement (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

Campion, C. L. et Mouiller, P. (2016). Rapport d'information sur la prise en charge de personnes handicapées en dehors du territoire français. Paris Sénat

<https://www.senat.fr/notice-rapport/2016/r16-218-notice.html>

Près de 6 800 personnes handicapées, dont 1 451 enfants, sont actuellement prises en charge dans un établissement sis en-dehors du territoire national, en Belgique pour la très grande majorité. La commission des affaires sociales du Sénat a souhaité apporter des éléments de réponse aux multiples questions posées par ce phénomène. Au-delà de la dimension financière de la prise en charge, intégralement assumée par les pouvoirs publics français, les deux rapporteurs de la mission d'information se sont penchés sur les modalités de suivi et sur le contrôle de la qualité des établissements wallons accueillant des personnes

françaises. Interpellés par les raisons qui motivent ces départs à l'étranger (qui peuvent être choisis ou subis), ils ont également souhaité tracer quelques perspectives d'amélioration de l'offre médico-sociale destinée aux personnes handicapées en France. Parmi ces dernières, plusieurs portent des réformes ambitieuses de la politique du handicap : développement du pluri-agrément des établissements accueillant des personnes handicapées, décloisonnement des secteurs sanitaire et médico-social, engagement d'une stratégie de désinstitutionalisation en fonction de la complexité des profils, concentration des efforts sur les personnes atteintes d'autisme (résumé de l'éditeur).

Cour des Comptes (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.

HCAAM (2016). Avis sur les innovations et système de santé. Document 9 : Personnes âgées, état de santé et dépendance : quelques éléments statistiques. Paris HCAAM
<https://www.securite-sociale.fr/home/hcaam/zone-main-content/rapports-et-avis-1/innovations-et-systeme-de-sante.html>

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

Makdessi, Y. et Outin, J.-L. (2016). "Handicap, âge et dépendance : Avant-propos." *Revue Française Des Affaires Sociales*(4): 7-20.

<http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2016-4-page-7.htm>

Ce dernier numéro de la Revue française des affaires sociales pour l'année 2016 est principalement constitué du dossier coordonné par Yara Makdessi et Jean-Luc Outin sur le thème « Handicap, âge, dépendance : quelles populations ? ». L'appel à contribution s'était donné deux objectifs principaux. D'une part, valoriser les travaux de recherche conduits, depuis plusieurs années, dans le champ de la perte d'autonomie, notamment en réponse aux appels communs à la mission recherche de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). D'autre part, favoriser des contributions sur des expérimentations en cours. Quatre axes étaient proposés aux auteurs : la définition des catégories « handicap », « dépendance » et « perte d'autonomie » ; l'évolution et la mise en œuvre des politiques publiques ; la relation d'aide et, enfin, les innovations, technologiques et sociales dans ce champ. 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. Une note de lecture sur la bande dessinée de Roz Chast Est-ce que l'on pourrait parler d'autre chose ? clôt cet ensemble. Le dossier thématique est suivi d'une note de lecture de Nathalie Fourcade sur le dernier ouvrage publié par Christophe Dejours, Situations du travail.

Ministère chargé de la santé (2016). Stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale. Volet polyhandicap. Paris Ministère chargé de la santé

www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/12/strategie_quinquennale_de_levolution_de_loffre_medico-sociale_volet_polyhandicap.pdf

Ce rapport présente les axes retenus par le Gouvernement, déclinés en fiches action dans le cadre du volet spécifique polyhandicap du plan de transformation de l'offre médico-sociale. Quatre axes stratégiques ont été dégagés : Accompagner en proximité en assurant la continuité des parcours de vie et de soins; Renforcer et valoriser l'expertise de l'accompagnement du polyhandicap; Promouvoir la citoyenneté, la participation et l'accès aux droits des personnes en situation de polyhandicap; Outiller et développer la recherche sur le polyhandicap.

Podevin, M. (2016). Les attentes et besoins des personnes polyhandicapées, de leurs familles et des professionnels qui les accompagnent. Laroque des Albères ADEPO

www.adepo.fr/sites/adepo.fr/files/upload/adepo_enquete_polyhandicap_2016.pdf

Ce rapport rend compte d'une étude qualitative sur les difficultés et les besoins des

personnes polyhandicapées et de leur famille en matière de prise en charge, d'accueil et d'accompagnement. Le recueil qualitatif l'étude a été complétée d'un volet quantitatif afin de tenter de quantifier les difficultés mises en lumière par les familles et les professionnels.

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.

<http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2016-4-page-225.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.

Roy, D. (2016). "Les personnes âgées et handicapées en France et les politiques publiques d'accompagnement." *Revue Française Des Affaires Sociales*(4): 21-33.

<http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2016-4-page-21.htm>

Ce dernier numéro de la Revue française des affaires sociales pour l'année 2016 est principalement constitué du dossier coordonné par Yara Makdessi et Jean-Luc Outin sur le thème « Handicap, âge, dépendance : quelles populations ? ». L'appel à contribution s'était donné deux objectifs principaux. D'une part, valoriser les travaux de recherche conduits, depuis plusieurs années, dans le champ de la perte d'autonomie, notamment en réponse aux appels communs à la mission recherche de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). D'autre part, favoriser des contributions sur des expérimentations en cours. Quatre axes étaient proposés aux auteurs : la définition des catégories « handicap », « dépendance » et « perte d'autonomie » ; l'évolution et la mise en œuvre des politiques publiques ; la relation d'aide et, enfin, les innovations, technologiques et sociales dans ce champ. 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. Une note de lecture sur la bande dessinée de Roz Chast Est-ce que l'on pourrait parler d'autre chose ? clôt cet ensemble. Le dossier thématique est suivi d'une note de lecture de Nathalie Fourcade sur le dernier ouvrage publié par Christophe Dejours, Situations du travail.

2015

Neuville, S. i. (2015). Rapport du Gouvernement au Parlement sur la politique nationale en direction des personnes handicapées 2013 - 2015. Paris Ministère chargé de la santé

http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/10/rapport_du_gouvernement_au_parlement_2013_-_2015.pdf

Le présent rapport du Gouvernement au Parlement est conçu en deux volets. Sa première partie consiste en un exercice de bilan des dix ans de politique du handicap menée depuis l'adoption de la loi du 11 février 2005. Si elle fait apparaître ses évolutions positives, elle ne saurait taire ses domaines moins aboutis. Pour ce faire, elle s'appuie non seulement sur les bilans établis par les administrations, mais aussi sur des analyses développées dans des rapports émanant à la fois du Parlement, d'associations et des corps d'inspection et de contrôle ainsi que des publications scientifiques. Sa seconde partie détaille les grandes orientations annoncées lors de la Conférence nationale du handicap et portées par les divers ministères pour faire évoluer leurs politiques.

2014

Abrossimov, C. et Chereque, F. (2014). Les liens entre handicap et pauvreté : les difficultés dans l'accès aux droits et aux ressources. Rapport IGAS ; 2014-048. Paris Inspection générale des affaires sociales, Paris La Documentation française

<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article406>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE FROxojC7. Diffusion soumise à autorisation]. Suite aux engagements du gouvernement annoncés lors du Comité interministériel du handicap (CIH) du 25 septembre 2013 afin de compléter les expertises du plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale sur la situation des personnes handicapées, le Premier ministre a confié à l'IGAS le 11 mars 2014 une mission portant sur "Les liens entre handicap et pauvreté : les difficultés dans l'accès aux droits et aux ressources". Ce rapport aborde les sept thématiques du plan pauvreté : accès aux droits, accès à l'emploi, accès à l'hébergement et au logement, accès à la santé, enfance et famille, inclusion bancaire et lutte contre le surendettement, gouvernance des politiques. Il formule plusieurs préconisations, notamment la simplification des procédures et des démarches, la coordination des institutions, la mobilisation sur l'accès à l'emploi.

Arnault, L. et Goltz, A. (2014). Can formal home care reduce the burden of informal care for elderly dependents? Evidence from France. Working paper; 03/2014. Paris Université Paris Dauphine

This paper focuses on the trade-off between formal and informal care for elderly dependents living at home in France. Using the French 2008 household Disability - Healthcare data and a newly built indicator of formal home-care prices in each French Council District, we wonder if financial incentives to use more formal home care could relieve informal caregivers. We estimate a bivariate Tobit model to account for both the censor and the endogeneity of our formal home-care variable. Our results confirm that the volume of informal care provided would decrease if the elderly dependents were faced with lower formal home-care prices. Moreover, informal caregivers are shown to be much more sensitive to public subsidies for skilled formal home care than for the low-skilled one. Subsidizing for skilled formal home care would make informal caregivers more efficient to perform lighter low-skilled tasks.

Eventually, acting on formal home care prices could help French public administrators sustain the well-being of both care receivers and informal caregivers.

Canta, C., Pestiau, P. et Thibault, E. (2014). Long term care and capital accumulation: the impact of the State, the market and the family. Tse -530. Toulouse TSE

http://www.tse-fr.eu/images/doc/wp/env/wp_tse_530.pdf

The rising level of long-term care (LTC) expenditures and their financing sources are likely to impact savings and capital accumulation and henceforth the pattern of growth. This paper studies how the joint interaction of the family, the market and the State influences capital accumulation in a society in which the assistance the children give to dependent parents is triggered by a family norm. We find that, with a family norm in place, the dynamics of capital accumulation differ from the ones of a standard Diamond (1965) model with dependence. For instance, if the family help is sizeably more productive than the other LTC financing sources, a pay-as-you-go social insurance might be a complement to private insurance and foster capital accumulation.

Ishii, K. (2014). Système de prise en charge des personnes âgées dépendantes : une étude comparative entre la France et le Japon. Noisy-le-Grand IRES

http://www.ires.fr/images/files/EtudesAO/CFECGC/Rapport_CFECGC_personnes_agees_prises_en_charge_France_japon_2013.pdf

Cette étude analyse les systèmes de prise en charge à domicile des personnes âgées dépendantes au Japon et en France. En s'appuyant sur deux méthodes comparatives (comparaison institutionnelle et étude de cas-types), l'objectif est de caractériser les bases (notamment politiques) des différences entre ces deux systèmes et de mettre en exergue des similarités parfois fondamentales mais peu visibles. L'étude est constituée de trois parties. La première présente l'évolution démographique et retrace l'émergence des politiques concernant les personnes âgées dans les deux pays. La deuxième compare les principaux dispositifs d'un point de vue institutionnel à travers l'étude de quatre dimensions : le mode de financement, le critère d'accès, la nature de la prestation et l'organisation et la gestion. Finalement, une comparaison par les cas-types permet d'analyser l'impact des divers dispositifs en se plaçant du point de vue de l'utilisateur.

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.

Piveteau, D., Acef, S., Debrabant, F.-X., et al. (2014). "Zéro sans solution" : le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches. Paris, Ministère des affaires sociales et de la santé

N'avoir plus aucune solution d'accompagnement, pour une personne en situation de handicap dont le comportement est trop violemment instable ou le handicap trop lourd, et

dont en conséquence "personne ne veut plus", c'est inadmissible et cela se produit. Afin de répondre aux besoins des personnes handicapées qui sont confrontées à des ruptures dans leur parcours en établissement spécialisé, le rapport propose des solutions (131 mesures (voir liste en annexe 3, p. 13 à 23) de court et de moyen terme aptes à faciliter l'admission et l'accueil durable exigeant un haut niveau d'expertise. Celles-ci visent à faire évoluer tant les processus administratifs d'orientation par les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) que l'organisation de l'accueil et de l'accompagnement, afin que des réponses durables soient offertes à toutes les situations. Le ministère va désormais travailler à définir les suites qui seront données à ce rapport, en lien avec la préparation de la loi de santé, la prochaine Conférence nationale du handicap et la réforme de la tarification des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées.

Prado, C. (2014). Mieux accompagner et inclure les personnes en situation de handicap : un défi, une nécessité, Paris : CESE

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/144000444-mieux-accompagner-et-inclure-les-personnes-en-situation-de-handicap-un-defi-une>

En novembre 2013, le Premier Ministre a saisi le Conseil économique social et environnemental (CESE) d'une demande d'avis sur la façon dont la société civile pourrait mieux accompagner les personnes handicapées et favoriser leur accès à l'autonomie (« société inclusive »). Après avoir rappelé le contexte (notion et représentation du handicap dans la société française, comparaison avec d'autres pays) ainsi que la politique actuelle en faveur des personnes en situation de handicap, le CESE présente ses préconisations. Celles-ci sont organisées en quatre thématiques : un soutien au développement de la conception universelle ; une gouvernance plus lisible et le développement d'une recherche prospective, un enrichissement de l'éducation et de la formation tout au long de la vie ; une valorisation de la singularité des compétences.

Vanlerenberghe, J. M. et Watrin, D. (2014). Rapport d'information sur l'aide à domicile. Paris Sénat <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.

2013

Alberola, E., Galdemar, V., Petit, M., et al. (2013). Prévention, aidants, coordination : comment passer du maintien au soutien à domicile des personnes âgées ? Cahier de Recherche ; 310. Paris CREDOC

<http://www.credoc.fr/pdf/Rech/C310.pdf>

Pôle documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-soutien-a-domicile-des-personnes-handicapees-et-dependantes.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-soutien-a-domicile-des-personnes-handicapees-et-dependantes.epub

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. Trois axes structurent notre analyse critique des conditions de « soutien à domicile » des personnes âgées vieillissantes en France. Le premier axe vise à préciser le référentiel européen des politiques de prise en charge du vieillissement et examine notamment l'enjeu et les conditions de mise en œuvre d'une véritable politique de prévention de la perte d'autonomie. Le second axe analyse le rôle majeur des aidants familiaux en matière d'accompagnement, et les caractéristiques des politiques de soutien qui leur sont destinées. Le troisième axe considère la coordination des filières médico-sociales autour de la personne âgée, antienne des politiques publiques et facteur majeur de mise en œuvre d'un accompagnement de qualité. L'analyse proposée dans ce cahier de recherche se situe dans une perspective internationale avec la confrontation de cas types et de bonnes pratiques européennes repérées au Royaume-Uni, en Espagne, mais aussi au Québec, afin de formuler des pistes de réflexion pour l'orientation des politiques de « soutien à domicile » qui seront définies et mises en œuvre dans les années à venir.

Aquino, J. P., Gohet, P. c. et Mounier, C. c. (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.

Arnault, L. et Goltz, A. (2013). How would informal caregivers react to an increase in formal home-care use by their elderly dependent relatives in France? Paris Université Paris Dauphine

This paper focuses on the trade-off between formal and informal care for disabled elderly people living at home in France. Using the French 2008 household Disability - Healthcare data (Handicap Santé Ménages - HSM 2008), we aim to elucidate the effect of an increase in formal home-care hours on the participation of informal caregivers. We expand on the previous literature, which almost exclusively focuses on the effect of informal care on formal home care. We estimate a bivariate Tobit model to account for both the censor and the

potential endogeneity of our formal home-care variable. Our results confirm that crowding out of informal caregivers arises when the elderly dependent receives more hours of formal home care. Nevertheless, the crowding out of informal caregivers that arises when only personal formal home care increases is much weaker. Such crowding out can be interpreted negatively as a renouncement of informal caregivers, but it may also allow some of these caregivers to work more or re-enter the labor market.

Bertrand, L. (2013). "Politiques sociales du handicap et politiques d'insertion : continuités, innovations, convergences." *Politiques Sociales Et Familiales*(111): 43-53.
<http://www.caf.fr/sites/default/files/cnaf/Documents/Dser/PSF/111/PSF111-1-LBertrand.pdf>

Cet article vise à interroger les similitudes entre politiques sociales du handicap et politiques d'insertion. Les rapprochements sont surtout pertinents au niveau organisationnel, notamment après les changements opérés par la loi de 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Toutefois, des différences sont observables : place des bénéficiaires et de leurs organisations, politique de guichet unique plus avancée, rôle d'animation d'une instance centrale. Récemment les réflexions autour de l'employabilité des bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés, visant à favoriser les sorties de l'allocation vers l'emploi, semblent préfigurer de nouvelles convergences entre ces politiques.

Blanchard, P., Strohl-Maffesoli, H. et Vincent, B. (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
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000663-evaluation-de-la-prise-en-charge-des-aides-techniques-pour-les-personnes-agees>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE JABB9R0x. Diffusion soumise à autorisation]. 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.

Broussy, L. (2013). L'adaptation de la société au vieillissement de sa population : France : année zéro ! Paris La Documentation française
<https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/134000173.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.

Campion, C.-L. (2013). Réussir 2015 - Accessibilité des personnes handicapées au logement, aux établissements recevant du public, aux transports, à la voirie et aux espaces publics. Paris, La documentation française

En 2011, un rapport interinspections a formulé des constats et propositions portant sur les modalités d'application des règles d'accessibilité du cadre bâti pour les personnes handicapées. A la suite de la diffusion de ce rapport en septembre 2012, la sénatrice Claire-Lise Campion a été chargée par le Premier ministre, après concertation avec les acteurs concernés par la question de l'accessibilité des personnes handicapées, de déterminer si les propositions de ce rapport pouvaient être retenues. Il lui était également demandé de traiter la question de la voirie et des transports. Au total, la mission portait sur une grande partie du champ de l'accessibilité : le logement ; les établissements recevant du public ; les transports ; la voirie et les espaces publics. Le présent rapport s'organise en trois parties. Il valide en première partie le maintien de l'échéance de 2015 en dépit de l'état d'avancement jugé insuffisant de l'accessibilité en France. Il propose d'accompagner cette décision en déployant sur l'ensemble du territoire des Agendas programmés de mise en accessibilité (Ad'AP). Dans une deuxième partie, afin de mettre en œuvre ces Ad'AP, le rapport préconise une impulsion politique forte et de nature à mobiliser l'ensemble des acteurs sur les objectifs recherchés, et formule en ce sens une série de mesures relatives au fonctionnement des commissions consultatives départementales de sécurité et d'accessibilité. Enfin, la troisième partie a pour objet, pour les différents secteurs mentionnés dans la lettre du Premier ministre (logement, établissements recevant du public, transports, voirie et espaces publics), d'examiner les points réglementaires et les procédures susceptibles de pouvoir être modifiés.

Cour des Comptes (2013). La mise en œuvre des missions de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). Paris, Cour des Comptes

Le rapport, destiné à la MECSS, porte sur la mise en œuvre des missions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour l'accompagnement de la perte d'autonomie et l'égalité de traitement des personnes concernées. Cette enquête a porté sur la place et le positionnement de la CNSA dans la conception et la mise en œuvre des politiques publiques d'accompagnement à la perte d'autonomie, à la fois en matière d'aides individuelles, en matière d'offre collective et dans l'exercice des missions d'appui et d'animation des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).

Gohet, P. (2013). L'avancée en âge des personnes handicapées. Contribution à la réflexion. Paris Ministère chargé des Affaires sociales

http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Avancee_en_ages_des_PH_TOME_I_DEF.pdf

Ce rapport se structure en trois tomes dont le premier tome constitue la synthèse des analyses et des préconisations du groupe de travail chargé d'analyser la problématique du vieillissement des personnes handicapées. Ce tome rappelle, dans un premier temps, les définitions du handicap et du vieillissement. Les auteurs tirent le constat que pour les personnes handicapées, la vieillesse s'accompagne souvent de la venue de nouvelles déficiences, qui provoquent de nouveaux handicaps (surdité, cécité, réduction de la mobilité, dépression). Souvent, le vieillissement est plus précoce chez les personnes handicapées. En fonction de la nature de la déficience à l'origine du handicap, les vieillissements des

personnes handicapées prennent différentes spécificités. Le groupe de travail aborde ensuite les réponses à apporter au vieillissement des personnes handicapées, rappelant que ces réponses doivent être, comme à tout âge de la vie, adaptées à l'état physique et social, évolutives et durables. Aussi, la vieillesse doit être considérée comme une étape dans la vie des personnes handicapées, qui doit se poursuivre, si possible, en milieu ordinaire.

Gramain, A., Weber, F., Billaud, S., et al. (2013). La prise en charge de la dépendance des personnes âgées à domicile : dimensions territoriales des politiques publiques. Paris, DREES

A partir de sept monographies départementales, cette recherche explore le fonctionnement concret de la décentralisation de l'action publique dans le champ de la prise en charge à domicile des personnes âgées dépendantes, à travers le prisme d'un dispositif particulier : l'allocation personnalisée d'autonomie. L'analyse du matériau ethnographique, est organisée autour de trois dimensions de l'action publique : le contrôle de l'éligibilité, la solvabilisation financière de la demande et la tarification des services d'aide autorisés. Elle révèle un fort décalage entre la décentralisation, telle qu'elle se lit dans les textes, et la décentralisation telle qu'on la voit fonctionner à l'échelle des départements. Ce sont ainsi les conseils généraux, dans la diversité de leurs contraintes et de leurs objectifs politiques, qui définissent l'acception du terme "médico-social" dans le cadre de l'APA, qui délimitent l'étendue de leur rôle - de simple financeur à véritable tutelle du secteur médico-social, qui déterminent la nature plus ou moins assurantielle de l'APA face au risque qu'induit la variabilité du prix et du coût de production d'une heure d'aide et son intensité redistributive. A l'inverse, alors qu'ils sont chargés, par la loi, de réguler les coûts de production des services autorisés, leur pouvoir effectif de régulation butte sur les compétences dévolues aux autres échelons de pouvoirs publics (municipalités et services déconcentrés de l'état central) en matière de développement de l'emploi et de qualification des services. (RA).

Ishii, K. (2013). "La prise en charge des personnes âgées dépendantes à domicile en France: Quelles différences ?" *Revue De L'ires (La)*(79)

<http://www.cairn.info/revue-de-l-ires-2013-4-page-3.htm>

Avec le vieillissement de la population, les pouvoirs publics des pays industrialisés sont confrontés à la question de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. En 1997, la France a mis en place une prestation spécifique dépendance (PSD), tandis que le Japon adoptait une assurance dépendance obligatoire qui est appliquée depuis avril 2000. Cet article met en exergue les similitudes et les divergences de la prise en charge des personnes âgées dépendantes à domicile dans ces deux pays en se plaçant du point de vue de l'utilisateur. Le travail comparatif s'appuie d'une part sur des entretiens semi-directifs menés auprès de professionnels de la santé et du social et d'autre part sur un projet des cas-types. L'étude montre un système de prise en charge japonais particulièrement standardisé, aussi bien dans le processus d'évaluation que dans la composition des aides. Le système français, moins standardisé, semble accorder une plus grande importance aux inégalités de ressources.

Le Bihan, B. (2013). "La politique en matière de dépendance en France et en Europe : des enjeux multiples." *Gérontologie Et Société*(145): 13-24

[BDSP. Notice produite par FNG DR0xEAs8. Diffusion soumise à autorisation]. Dans cet article, l'auteur analyse la politique menée en France en matière de dépendance, ceci afin de déterminer les différents enjeux à l'œuvre et afin d'interroger le rôle joué par les différents acteurs - pouvoirs publics, famille et marché. L'article montre ainsi le rôle clé qui revient aux familles, quelle que soit l'importance des dispositifs publics qui se sont développés depuis les

années 1990. Il propose différentes façons d'appréhender cet investissement familial.
(extrait de l'introduction).

Lebee, C. et Lodo, S. (2013). Le soin et l'accompagnement des personnes âgées. Paris, Dunod

La perte d'autonomie est le sort qui attend de nombreuses personnes à compter d'un certain âge. Pour autant, celles-ci n'ont envie ni de perdre leur liberté, ni de quitter leur domicile, et elles ne cessent pas non plus d'avoir des centres d'intérêts, voire des projets. Ces Maxi fiches s'adressent aussi bien aux travailleurs sociaux en formation initiale qu'en formation continue. Il recense les différents types de professionnels, les aides et les organismes dédiés aux services et soutiens aux personnes âgées. Il aborde également l'entrée parfois nécessaire et quelquefois souhaitée en institution.

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

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE mF9I9R0x. Diffusion soumise à autorisation]. 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.

Mantovani, J. (2013). "La mise en œuvre des Plans d'aide personnalisés de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile : positionnements de gestionnaires, professionnels et bénéficiaires pour une approche croisée de la qualité." Habiter et vieillir, Une société pour tous les âges ? Quelles articulations entre chercheurs, experts et acteurs sociaux ?(4): 17-26.

Notre objectif étant de développer ou au moins de préfigurer des outils de mesure de la qualité, le rôle de l'équipe de recherche est nécessairement d'analyser les limites dans lesquelles se situe aujourd'hui le dispositif, même s'il s'agit de contingences qui échappent partiellement, parfois très largement, au dispositif APA proprement dit. Mais notre analyse de la qualité se situe aussi dans des espaces de possibles et au regard de jugements aptes à considérer les limites et contraintes structurelles dans lesquelles le dispositif APA a été mis en place. (Extrait du texte).

Miolinier, P. (2013). Le travail du care, Paris : La Dispute
<http://www.decitre.fr/livres/le-travail-du-care-9782843032400.html>

Le care, ou le souci des autres, est une zone de conflits, de tiraillements et de dominations. Celle, notamment, du travail salarié des professionnels du soin et de l'assistance, constitué essentiellement d'un salariat féminin subalterne, surexploité et stigmatisé par son "manque de qualification" et parfois sa couleur de peau ; celle, aussi, du travail domestique, toujours inégalement distribué. Or, si on ne pourra jamais évacuer complètement le "sale boulot", il est urgent de penser une transformation politique du travail et de la société en plaçant le care au centre de la réflexion sur le travail. Pascale Molinier renouvelle ses recherches sur les enjeux psychiques du travail et sur les théories et pratiques du care en s'appuyant sur une enquête approfondie de l'activité des pourvoyeuses du care dans une maison de retraite de la région parisienne. Elle analyse notamment les conflits et tensions entre les cadres et les

salariées, et montre que l'empathie pour les vieillards ne peut jamais être comprise en dehors de ces conflits pratiques et hiérarchiques. Le livre fait entendre, dans une écriture fluide, accessible et vivante, la voix des travailleuses du care. et les fait dialoguer avec le meilleur de la philosophie morale. Cet ouvrage défend une position singulière, sensible et forte. au sein des débats contemporains autour du care et propose de changer regard sur le travail, sur le soin et sur la société (4r de couverture).

Mocellin, M.-C. (2013). "Organisation. La mise en œuvre d'une politique handicap." Gestions Hospitalières(524): 176-178

[BDSP. Notice produite par EHESP rmFR0xsE. Diffusion soumise à autorisation]. Les établissements publics de santé sont, comme les autres employeurs, soumis à l'obligation légale d'emploi d'au moins 6% de travailleurs handicapés. Les hôpitaux qui ne respectent pas cette obligation sont contraints de verser au Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP), créé par la loi du 11 février 2005, une contribution parfois très conséquente et pénalisante dans un contexte budgétaire contraint. Pour aider les établissements à construire puis à mettre en œuvre leur politique handicap, le FIPHFP propose des conventionnements sur trois ans, avec le financement d'un programme d'aides en faveur des personnes handicapées. Ce conventionnement n'est certes qu'un outil au service d'une politique plus globale de recrutement et de maintien dans l'emploi de personnes handicapées et/ou en situation d'inaptitude, mais il représente un projet en soi, extrêmement structurant, qui facilite la communication et les échanges au sein de l'établissement sur les objectifs visés et les actions à mettre en œuvre.

Pinville, M. (2013). Relever le défi politique de l'avancée en âge - Perspectives internationales. Paris La Documentation Française

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000174-relever-le-defi-politique-de-l-avancee-en-age-perspectives-internationales>

Ce rapport identifie et compare au plan international les pratiques jugées intéressantes et innovantes en matière d'anticipation-prévention et d'adaptation de la société au vieillissement

Vachey, L. et Jeannet, A. (2013). Mission d'assistance modernisation de l'action publique : réforme de la tarification des établissements et services pour personnes handicapées. Paris, Inspection générale des affaires sociales: 30p.

2012

Aballea, P. et Marie, E. (2012). L'évaluation de l'état d'invalidité en France : réaffirmer les concepts, homogénéiser les pratiques et refondre le pilotage du risque. Rapport et Annexes. Rapport IGAS ; 2012 059

http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2012-059P_-_TOME_I_Rapport.pdf

Par lettre du 8 juin 2011, le Ministre du travail, de l'emploi et de la santé a demandé à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) de rédiger un rapport visant à étudier un barème d'attribution des pensions d'invalidité cohérent avec le barème d'attribution de l'allocation aux adultes handicapés et à mieux encadrer la définition de l'inaptitude. Dans un premier temps, le rapport définit un référentiel de l'évaluation de l'invalidité, faisant notamment la synthèse de travaux internationaux sur le sujet. Puis, il présente la situation de

la France et analyse la question de l'hétérogénéité des décisions prises en matière d'attribution d'une pension d'invalidité tant dans le cadre du régime général de la CNAMTS que dans celui des autres régimes. L'impact des deux leviers principaux à disposition des caisses permettant de réduire certains des indicateurs d'hétérogénéité, soit un barème et un pilotage de réseau, est détaillé. Enfin, le rapport propose des réformes visant à harmoniser la définition de l'invalidité quel que soit le régime concerné, à expérimenter le barème de l'allocation adulte handicapé ou celui du droit commun pour l'évaluation des capacités fonctionnelles articulée avec un processus de mesure de l'employabilité et associé à la mise en place d'un pilotage renforcé du risque invalidité.

Agnes, V., Avril, J.-F., Barbosa, G., et al. (2012). Le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes : une politique complexe et ambiguë. **Memoire EHESP de Module Interprofessionnel (MIP)**. Rennes : EHESP

Le développement du maintien à domicile des personnes âgées résulte d'un volontarisme politique continu depuis le rapport Laroque de 1962, qui en constitue le point de départ historique, jusqu'à l'actuel débat national sur les modalités de prise en charge de la dépendance. Plusieurs facteurs contribuent à ce phénomène : les progrès technologiques et médicaux, la volonté de mieux prendre en compte le "projet de vie" individuel de la personne âgée, le souhait de plus en plus évident de soutenir un secteur riche en création d'emplois. Cette évolution aboutit à une plus grande professionnalisation des aidants qu'illustre la création du Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de vie sociale (DEAVS) en 2002. Celle-ci s'accompagne d'une rénovation des instruments juridiques et financiers à disposition des différents acteurs concernés avec le remplacement de la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). La professionnalisation a pour conséquences une meilleure formation ainsi qu'une meilleure reconnaissance des professionnels aboutissant à une plus grande efficacité et à une meilleure qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Pour autant, cette évolution positive connaît des limites liées notamment aux insuffisances du financement. (R.A.).

Bellurot, N., Debiesse, G., Raymond, M., et al. (2012). Les modalités d'application des règles d'accessibilité du cadre bâti pour les personnes handicapées. Paris, La Documentation française

Par lettre du 22 février 2011, le Conseil général de l'environnement et du développement durable, l'Inspection générale des affaires sociales et le Contrôle général économique et financier ont été chargés d'établir un rapport sur les difficultés rencontrées dans l'application des dispositions de la loi du 11 février 2005 (et ses textes d'application) relative à l'accessibilité du cadre bâti pour les personnes handicapées. La mission constate que l'obligation faite aux établissements existants de se mettre en conformité avec les normes d'accessibilité, avant le 1er janvier 2015, ne pourra en "aucun cas être tenue" en raison de l'ampleur considérable des travaux à réaliser. La mission estime que le coût des travaux (20 milliards d'euros) était déjà hors de portée financièrement des établissements il y a 6 ans et que le principe de proportionnalité n'a pas du tout été pris en compte, rendant encore plus insurmontables ces travaux : le bâti ancien doit en effet répondre aux normes élaborées pour les constructions récentes. Par ailleurs, la mission met en avant l'absence d'harmonisation des positions des nombreuses commissions d'accessibilité alors qu'elles disposent avec l'avis conforme d'un pouvoir quasi décisionnel. Il en résulte un risque certainement excessif d'imprévisibilité dans l'application concrète des textes. Sur la base de ces constats, elle avance des recommandations dont : - des adaptations de la réglementation dans le secteur du tourisme - l'harmonisation du fonctionnement des commissions d'accessibilité - le

maintien de l'échéance du 1er janvier 2015 mais avec une révision du contenu de l'objectif à atteindre à cette date pour la mise en accessibilité des établissements recevant du public existants.

Berardier, M. (2012). "Viellir chez soi : usages et besoins des aides techniques et des aménagements du logement." *Etudes Et Résultats (Drees)*(823)

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE oE8s9R0x. Diffusion soumise à autorisation]. 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.

Campion, C. L. et Debre, I. (2012). *Loi Handicap : des avancées réelles, une application encore insuffisante*. Paris Sénat

<http://www.senat.fr/notice-rapport/2011/r11-635-notice.html>

<http://www.mdsf.org/files/RAPPORTLoiHandicap.pdf>

Selon la commission sénatoriale pour le contrôle de l'application des lois, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a profondément réformé la politique en faveur des personnes handicapées mais son application souffre de trop nombreux retards. Confrontée à l'épreuve du terrain, la mise en application d'une loi aussi ambitieuse se traduit inévitablement par des retards et des inerties, si bien qu'au final, le bilan reste en deçà des espoirs initialement soulevés. Ce rapport souligne les disparités d'application selon les territoires et un manque de volonté et de pilotage. Il déplore l'inflation d'activité dans les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), guichets uniques créés par la loi de 2005, conduisant à un engorgement très préjudiciable. La Prestation de compensation du handicap (PCH) ne prend pas suffisamment en charge les aides humaines. Et si la loi a permis la scolarisation de 55 000 enfants supplémentaires, 20 000 seraient encore en attente de place. Concernant l'emploi, le rapport relève que les employeurs privés n'emploient que 2,7 % de travailleurs handicapés et le secteur public 4,2 %, quand la loi les oblige à en employer 6 %. La commission sénatoriale propose trente-cinq mesures pour favoriser la mise en œuvre de la loi.

Campion, C.-L. et Debre, I. (2012). *L'application de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*. Paris, Sénat

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a profondément réformé la politique en faveur des personnes handicapées, trente ans après la loi fondatrice de 1975. Son adoption a soulevé chez les personnes handicapées et leurs familles un immense espoir : celui d'une compensation enfin effective des conséquences de leur handicap et de leur intégration pleine et entière à la vie de la cité. La commission sénatoriale pour le contrôle de l'application des lois constate que la loi "Handicap" a enclenché une vraie dynamique et que

des avancées ont été réalisées aussi bien dans les champs de la compensation et de l'inclusion scolaire, que dans ceux de l'insertion professionnelle et de l'accessibilité. Toutefois, confrontée à l'épreuve du terrain, la mise en application d'une loi aussi ambitieuse se traduit inévitablement par des retards et des inerties, si bien qu'au final, le bilan reste en-deçà des espoirs initialement soulevés. Plusieurs points faibles sont mis en avant : inflation d'activité pour les maisons départementales des personnes handicapées qui se révèle préjudiciable à la qualité du service rendu, existence de très fortes disparités dans les pratiques des MDPH, réalisation inachevée de la prestation de compensation du handicap, persistance de nombreuses difficultés pour les familles souhaitant scolariser leurs enfants en milieu ordinaire, insuffisante formation des enseignants au handicap, important retard pour la mise en accessibilité. Aussi, la commission sénatoriale propose trente-cinq mesures pour améliorer la mise en œuvre de la loi.

Cour des Comptes (2012). Rapport public annuel 2012 de la Cour des Comptes. 3 volumes. Paris Cour des comptes

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/catalogue/9782110089359/index.shtml>

Le rapport annuel de la Cour des comptes comporte trois volets : les observations, les suites, les activités. Parmi les thèmes relatifs à la santé, on peut noter : l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, la lutte contre le cancer, la prise en charge des personnes âgées par le système de soins...

DILA (2012). Les personnes handicapées dans la cité : vers un droit à compensation, Paris : DILA
<http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/politique-handicap/index/?xtor=EPR-56>

Ce dossier est consacré à la politique du handicap en France. Il contient les thèmes suivants : la refondation de la politique du handicap depuis la loi de 2005, la protection juridique des majeurs, les acteurs, les handicapés dans la cité (jusqu'à la loi de 2005), les personnes handicapées et le monde du travail; l'école, la politique européenne à l'égard des personnes handicapées, éthique et handicap. Le dossier contient également une chronologie, des chiffres-clés, une bibliographie, un glossaire et une sélection de liens

Gohet, P. (2012). Rapport du Conseil national consultatif des personnes handicapées 2012 : rapport au Gouvernement. Paris, CNCPPH

Dans ce rapport, le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPPH) propose plusieurs pistes de réforme des établissements et services pour personnes handicapées. Il appelle également le gouvernement à revenir sur celle de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) en modifiant les critères de reconnaissance de la restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi (RSDAE).

Gucher, C. (2012). "Pouvoir de l'usage et citoyenneté dans un contexte de compensation de la dépendance : les enjeux des conflits d'expertise." Gérontologie Et Société(143): 95-110.

[BDSP. Notice produite par FNG JqIGqR0x. Diffusion soumise à autorisation]. La dépendance apparaît généralement comme incompatible avec l'expression de l'autonomie du sujet et plus encore avec une possible prise de pouvoir du bénéficiaire d'aides. Cependant tant dans le secteur sanitaire que social, la rénovation des politiques publiques engagée depuis plus de 20 ans, a fait émerger un socle de droits de l'usager qui appelle la transformation des pratiques professionnelles pour une reconnaissance d'un usager acteur et citoyen. Nous nous proposons d'analyser ici dans le cadre du dispositif de l'allocation personnalisée

d'autonomie (APA) les obstacles à l'avènement de ce statut et nous intéresserons aux conflits d'expertise savante et profane. (R.A.).

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).

Hocquet, J.-Y. (2012). Contribution à la réflexion sur l'apport des organismes du secteur médico-social à l'inclusion des personnes handicapées : des clefs pour la cité : rapport à Madame la secrétaire d'Etat aux Solidarités et à la Cohésion Sociale Marie-Anne Montchamp: 40p.

Ce rapport traite de l'évolution du secteur médico-social intervenant dans le champ du handicap, et notamment des conditions d'adaptation du secteur médico-social pour une politique du handicap plus efficace.

Jacob, P. (2012). Pour la personne handicapée : un parcours de soins sans rupture d'accompagnement. L'hospitalisation au domicile social ou médico-social. Paris, Ministère des solidarités et de la cohésion sociale

Pascal Jacob, président de l'association I =MC2 s'était vu confier en novembre 2011 une mission sur "l'accompagnement dans leurs besoins de soins des personnes touchées par un handicap sévère" par Madame Nora Berra, secrétaire d'Etat chargée de la santé. Dans ce rapport remis le 14 février 2012 à la Secrétaire d'Etat en charge de la santé, il présente des préconisations pour accompagner le développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) dans les établissements sociaux et médico-sociaux, soulignant l'importance de généraliser cette pratique afin d'éviter les difficultés et les ruptures supplémentaires que représentent l'hospitalisation pour les personnes ayant un handicap sévère et leurs familles. Pour que les personnes handicapées n'aient pas à faire l'impossible choix d'être, ou bien soignées, ou bien accompagnées, il propose d'utiliser au maximum la possibilité d'avoir recours aux services de l'hôpital à domicile dans tous les lieux de vie, de créer les moyens d'une consultation et examens de spécialistes au domicile, et/ou dans le lieu d'accompagnement et de vie, que ce soit par des médecins spécialistes hospitaliers ou exerçant en ville. Il suggère aussi de permettre dans tous les milieux hospitaliers de disposer d'une équipe d'accompagnants aguerris aux méthodes de communication spécifique à chaque handicap et de rendre gratuites pour la personne handicapée toutes les rééducations et éducations thérapeutiques qui améliorent l'esthétique et la vision de la personne.

Premier Ministre (2012). Rapport du Gouvernement au Parlement sur la mise en œuvre de la politique nationale en faveur des personnes handicapées. Paris La Documentation française <https://www.vie-publique.fr/rapport/32475-rapport-du-gouvernement-au-parlement-sur-la-mise-en-oeuvre-de-la-politiqu>

A la suite de la Conférence nationale du handicap organisée le 8 juin 2011, le présent rapport propose un bilan de l'application de la loi du 11 février 2005 et présente les orientations

retenues par le Gouvernement en matière d'évolution de la politique du handicap pour les trois années à venir. La première partie de ce rapport est consacrée au bilan de la politique du handicap notamment en matière de dépense publique affectée à cette politique, d'accessibilité, de scolarisation, de recherche et des conditions de vie des personnes handicapées. La seconde partie présente les orientations arrêtées par le Gouvernement et relatives à l'accès à l'éducation, la formation et au marché du travail, au maintien dans l'emploi, quel que soit le handicap, au chemin pour atteindre l'objectif d'une société accessible à tous en 2015, à l'amélioration des conditions de vie des plus fragiles, à la recherche et aux actions de prévention des déficiences.

2011

(2011). La dépendance des personnes âgées : quels défis pour la France ?, Paris : La Documentation française

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/dependance-personnes-agees/index.shtml>

La perte d'autonomie des personnes âgées ou dépendantes est le prochain grand chantier du gouvernement. Le dossier de la dépendance comporte plusieurs enjeux : la délimitation de la dépendance par rapport au handicap, la complexité du système due à la multiplicité des organismes de gestion concernés, enfin la question du financement. En période de crise des finances publiques, il s'agit en effet de trouver un équilibre entre prise en charge publique, privée et familiale. Ce dossier comprend une interview de Blanche Le Bihan sur ces questions. Il aborde également successivement les raisons du débat actuel, la problématique du financement, les pistes de réformes ainsi qu'un éclairage sur la situation dans les autres pays européens. Ce dossier est complété par une chronologie, une bibliographie et une sélection de sites internet.

Amara, F., Jourdain-Menninger, D., Lecoq, G., et al. (2011). La prise en charge du handicap psychique : Rapport : Annexes. Rapport IGAS ; 2011 133. Paris IGAS

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/114000570/0000.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0xIBGC8. Diffusion soumise à autorisation]. Ce rapport a pour objet de décrire et d'évaluer les modalités qui président à la mise en œuvre des différents dispositifs dans le domaine du handicap psychique depuis l'adoption de la loi du 11 février 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. La mission a souhaité évaluer la prise en charge du handicap psychique, c'est-à-dire "comment vivre avec" à travers la construction, visant à l'autonomie, du projet de scolarisation, du projet de vie et du parcours de soin par les institutions et acteurs des champs sanitaires, médico-sociaux, sociaux, éducatifs et par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH). C'est sous l'angle de cet objectif d'autonomie et d'accession à la vie ordinaire (via certaines compensations), au cœur de la loi du 11 février 2005, que la mission a orienté ses investigations.

Chossy, J. F. (2011). Evolution des mentalités et changement du regard de la société sur les personnes handicapées - Passer de la prise en charge... à la prise en compte. Paris La Documentation française

Ce rapport est le résultat du travail de la mission visant à faire évoluer les mentalités et changer le regard de la société sur les personnes handicapées. Il s'intéresse tout d'abord aux mots employés à leur égard, souvent stigmatisants ou blessants, et propose de les remplacer

par d'autres termes pour insister sur leur capacité de participation active et d'implication - même modeste - dans la société. Avec l'objectif de passer d'une logique de prise en charge à une logique de prise en compte, il étudie successivement tous les aspects liés à la situation des personnes en situation de handicap : apports de la Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits, des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ; rôle des institutions ; manifestation des différentes solidarités (Ecole, travail, logement, accueil, etc.) ; vie quotidienne ; regards sur l'autisme, les maladies psychiques et le polyhandicap ; vie affective et sexuelle ; accessibilité ; sensibilisation de la situation des personnes handicapées à travers les médias

CNCPH (2011). Conseil national consultatif des personnes handicapées : rapport 2010. Paris, CNCPH

Chaque année, le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) rend un rapport qui présente son analyse de la situation des personnes handicapées et de l'état d'avancement de la mise en œuvre de la loi du 11 février 2005. Le rapport 2010, préparé dans la perspective de la prochaine conférence nationale du handicap de juin 2011, présente également de nombreuses propositions pour que progresse la politique du handicap.

Croissant, A. (2011). Stratégie du conseil général de la Drôme pour le maintien à domicile des personnes âgées lourdement dépendantes (classées G1 et 2) à travers l'aide. Lyon : Université Claude-Bernard. **Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine**

Demarescaux, M.-S. (2011). Rapport de l'Observatoire interministériel de l'accessibilité et de la conception universelle. Paris, La Documentation française

Installé le 11 février 2010, l'Observatoire interministériel de l'accessibilité et de la conception universelle a pour mission d'évaluer l'accessibilité et la convenance d'usage des bâtiments d'habitation, des établissements recevant du public, des lieux de travail, de la voirie, des espaces publics, des moyens de transports et des nouvelles technologies. Il recense les progrès réalisés et est chargé d'identifier les obstacles à la mise en œuvre des dispositions de la loi de 2005 en matière d'accessibilité et les difficultés rencontrées par les personnes handicapées dans leur cadre de vie. L'Observatoire a organisé ses travaux autour des quatre thèmes : "le cadre bâti", "la voirie et les transports", "la culture, les sports, les loisirs et le tourisme" et "les nouvelles technologies, moyens de communication et d'information". A ces groupes s'adjoignent ceux liés à la création du futur centre de ressources en accessibilité et à l'appui méthodologique sur les recueils de données statistiques. Enfin l'Observatoire s'est aussi vu confier par le Gouvernement, la mission d'auditionner les opérateurs de transports sur leur politique en matière d'accessibilité suite à une "table ronde" qui s'est tenue le 3 juin 2010. A noter que ce rapport s'inscrit dans le cadre de la seconde Conférence nationale du handicap, organisée le 8 juin 2011. (RA).

Dreyer, P. d. et Gohet, P. p. (2011). Handicap et domicile : interdépendance et négociations, Lyon : Chronique sociale

Le domicile est, pour les personnes en situation de handicap comme pour tout un chacun, le lieu de l'identité et de l'épanouissement affectif, celui du ressourcement et un refuge. L'accompagnement apporté au domicile par les proches et les professionnels ne se substitue pas à la personne mais l'aide à réaliser ses choix. Cette démarche qui lie étroitement, dans l'épaisseur du quotidien, la personne accompagnée et la (les) personne(s) accompagnante(s), suppose une relation de partenariat reposant sur une authentique et sincère capacité de négociation. A travers l'aide demandée et reçue, la personne handicapée réalise son projet

de vie (quotidienne, sociale, professionnelle, personnelle) tandis que la personne accompagnante doit pouvoir s'épanouir, en particulier sur le plan professionnel (développement de compétences, de savoir-faire et de savoir-être spécifiques). Cet ouvrage éclaire par différentes contributions cette double problématique. Certaines clarifient les fondamentaux de la relation aidé/aidant et sa réalité au jour le jour. D'autres engagent la réflexion autour de la thématique corps et accompagnement, jugée centrale dans l'aide apportée au domicile. La question de la vie affective, érotique et sexuelle y est abordée dans cette perspective. Enfin, parce que la revendication de la vie autonome, chez soi, est fortement liée à la question de l'intégration des personnes handicapées dans la société, une contribution développe les enjeux croisés du domicile, de l'autonomie et de la citoyenneté. En conclusion, des dispositifs de formation proposent des pistes de travail pour que aidés et aidants co-construisent pleinement et ensemble la relation d'accompagnement.

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.

Ennuyer, B. (2011). "Personnes'handicapées, personnes'dépendantes'Pour une équité de droits sans discrimination d'âge." Géront Expo - Handicap Expo. Tarification et convergence en établissements médico-sociaux.(539): 40-44.

L'auteur plaide pour une application de l'article 13 de la loi du 11 février 2005 qui prévoyait une suppression de la barrière d'âge en matière de compensation du handicap et de prise en charge des frais d'hébergement en établissements sociaux et médico-sociaux. Or cette disposition a été remise en question dès 2007 avec le rapport Gisserot. L'auteur égrène ainsi tous les rebondissements de la question du rapprochement entre handicap et dépendance, de rapports parlementaires en déclarations officielles. Aujourd'hui, en effet, l'application de l'article 13 n'est toujours pas prévue par le gouvernement qui justifie sa position par le fait que la dépendance et le handicap ne sont pas à mettre sur le même plan. B. Ennuyer démontre qu'au-delà d'une formalisation différente, la réalité évoquée par le handicap ou la dépendance est conceptuellement la même, et demande à ce que la position défendue par la CNSA - la convergence en matière de droits à prestation - soit dès lors prise en compte.

Ennuyer, B. (2011). "Quel "cinquième risque" ? Quelques éléments pour comprendre les enjeux du débat annoncé par le président de la République pour l'année 2011." Gérontologie (157): 6-12.

[BDSP. Notice produite par FNG R0xIBI9G. Diffusion soumise à autorisation]. Dans son article, Bernard Ennuyer définit d'abord la notion de risque en Sécurité sociale. Il propose ensuite un rappel historique pour comprendre le contexte du débat lancé en 2011. Sont ensuite étudiés les enjeux actuels de ce débat : la question du contrat social, la suppression de la barrière d'âge des soixante ans et de la discrimination entre APA et PCH, la réorganisation du champ sanitaire et social en nouveau champ de protection sociale et enfin, la question centrale du financement.

Faure, J.-L. et Albertini, F. (2011). Rapport triennal de l'Observatoire national sur la formation, la recherche et l'innovation sur le handicap : synthèse et préconisation : remis à la ministre des Solidarités et de la Cohésion Sociale le 10 mai 2011. Paris, La documentation française

L'Observatoire national sur la formation, la recherche et l'innovation sur le handicap (ONFRIH) est tenu, par décret, de fournir un rapport triennal portant sur les dispositifs et actions de formation sur le handicap, sur la recherche et l'innovation et sur la prévention dans le domaine du handicap. Ainsi, ce premier rapport traite de la prévention des situations de handicap chez l'enfant puis des situations de handicap à l'âge adulte, principalement dans une dimension "handicap et travail". Le thème de la formation est abordé sous l'angle des contenus de formations des travailleurs sociaux et des enseignants ainsi que celles pour les personnels des maisons départementales des personnes handicapées, les professionnels de santé et les architectes et acteurs du cadre bâti.

Fontaine, R. (2011). Le soutien familial aux personnes âgées dépendantes. Analyses micro-économétriques des comportements individuels et familiaux de prise en charge. Paris Université Paris Dauphine, Université Paris Dauphine. Paris. FRA. **Thèse pour le Doctorat en Sciences Economiques**

Ce travail de recherche a pour objet d'étudier les mécanismes familiaux de prise en charge des personnes âgées dépendantes. Il développe dans cette perspective trois analyses micro-économétriques des comportements individuels et familiaux de prise en charge. La première est consacrée à l'étude de l'articulation des décisions individuelles d'aide au sein de la famille. La seconde analyse micro-économétrique concerne l'arbitrage individuel entre offre de travail et offre d'aide informelle au sein de la population âgée de 50 à 65 ans en Europe (données de l'enquête Share). Enfin, il analyse la manière dont la famille ajuste sa production de prise en charge lorsqu'elle bénéficie par ailleurs d'une aide professionnelle financée par la collectivité. Cette question est ici étudiée dans le cas français à partir des données de l'enquête Handicap-santé Ménage.

Fragonard, B. (2011). Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées : rapport du groupe de travail sur la prise en charge de la dépendance n° 4. Paris, La documentation française

Ce rapport dresse un état des lieux complet sur la couverture actuelle de la dépendance des personnes âgées et décrit les possibilités d'amélioration du système actuel, sur la stratégie à déployer pour faire face à des besoins de financement croissants et sur les sources de financements publics et privés mobilisables.

Gimbert, V. et Malochet, G. (2011). Les défis de l'accompagnement du grand âge. Perspectives internationales pour éclairer le débat national sur la dépendance. Paris CAS

Ce rapport du Centre d'analyse stratégique propose une analyse comparée des systèmes de

prise en charge de la dépendance dans six pays de l'Union européenne (Allemagne, Danemark, Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède), ainsi qu'aux États-Unis et au Japon. Il s'agit de resituer le débat national sur la dépendance dans un contexte international en mouvement, de nombreux pays ayant déjà amorcé des réformes ou étant sur le point de le faire. Il est regrettable que ce document fort intéressant sorte aussi tardivement, une fois le débat national achevé, alors que le président devrait annoncer sous peu les grandes orientations de la réforme de la dépendance.

HCAAM (2011). Assurance maladie et perte d'autonomie. Paris, HCAAM

Réalisée 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.

HCFEA (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/IMG/pdf/avisdependance1706-4.pdf>

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 traduit 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.

Le Bihan, B., Martin, C. et Costa-Font, J. (2011). *Reforming long-term care Policy in France : Private-Public Complementaries*. Reforming long-term care in Europe. Chichester, Wiley-Blackwell: 35-52.

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.

Mansuy, M. (2011). "Intervention sociale en faveur des personnes âgées dépendantes : regards croisés entre la France et la Loire-Atlantique." Revue Française des Affaires Sociales(4): 56-87.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE BGR0xmts. Diffusion soumise à autorisation]. La demande d'intervention sociale concernant les personnes âgées s'accroît avec le vieillissement de la population. Depuis 2003, en tant que chefs de file de l'action sociale décentralisée, les départements sont responsables des réponses à y apporter. Dans un contexte budgétaire contraint, ils éprouvent le besoin de se comparer à d'autres critères que ceux immédiatement disponibles, telle la taille de leur population. L'information comparable devient un enjeu décisif. Construire un système d'information permettant des comparaisons est l'objectif d'un travail partenarial en cours, impliquant des départements et des organismes nationaux. L'article présente l'analyse réalisée à partir d'indicateurs construits dans ce cadre.

Moreau, B. (2011). "Quelle solidarité pour l'aide à l'autonomie ?" Problèmes Economiques(3025): 29-34.

En février 2011, le débat national sur la dépendance s'est déroulé dans un contexte financier très contraint. Les enjeux sont multiples : faire face à l'inflation continue des dépenses d'allocation personnalisée d'autonomie (APA), qui pèsent surtout sur les départements ; favoriser le maintien à domicile et réduire la somme qui reste à la charge des personnes âgées dans les maisons de retraite. Cependant, le débat ne peut se limiter à des questions d'équilibre financier. Le véritable enjeu est la solidarité entre les générations. C'est la raison pour laquelle on parle également parfois de cinquième risque de protection sociale.

Morel, A. et Weber, O. (2011). *Vieillesse et société : rapport du groupe 1*. Paris Ministère chargé de la santé

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. Réalisé avec la contribution d'experts du domaine, il aborde la prise en charge du vieillissement sous les éclairages suivants : mesure de la dépendance, solidarités familiales et collectives, prévention, espaces et territoires,

éthique.

Ministère chargé de la santé (2011). Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées : rapport du Groupe 4. Paris MSSPS

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. Dans un premier temps, il réalise un état des lieux complet sur la couverture actuelle de la dépendance des personnes âgées : examen des financements public et privé de la dépendance, estimation du montant de la couverture publique et mesure de l'efficacité de la dépense publique et son adéquation avec les besoins des personnes âgées, comparaison internationale. Dans un deuxième temps, il porte sur les possibilités d'amélioration du système actuel, sur la stratégie à déployer dans les prochaines années pour faire face à des besoins de financement croissants et sur les sources de financement publics et privés mobilisables. Le groupe n°4 a notamment formulé ses propositions sur la base des travaux des trois autres groupes, en particulier ceux du groupe n°2, modéré par M. Jean-Michel Charpin, sur les perspectives démographiques et financières de la dépendance. Si la stratégie de couverture de la dépendance des personnes âgées constitue un enjeu majeur de politique publique, identifié comme tel par les Français, tant pour des raisons sociales que budgétaires, elle ne peut être que la réponse à la conception philosophique que l'on se fait de la solidarité nationale, de la place de la famille, et du rôle de la puissance publique. De ce fait, il ne peut pas exister de réponse et de solution uniques aux enjeux de la dépendance des personnes âgées.

Ratte, E. et Imbaud, D. (2011). Accueil et accompagnement des personnes en perte d'autonomie : rapport du Groupe 3. Paris Ministère chargé de la santé:

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.

Ravaud, J. F. (2011). "Politiques du handicap : état des lieux." Regards Sur L'actualité(372): 8-22

Cet article vise à faire le point sur les évolutions des concepts, des pratiques et des politiques qu'a connues le champ du handicap en France depuis 50 ans, en les mettant en perspective avec les changements survenus au plan internationale. Il évoque pour terminer quelques défis auxquels sont confrontées actuellement les politiques du handicap.

Ravaud, J. F., Ribes, P., Barral, C., et al. (2011). "Handicaps : où en sommes nous ?" Regards Sur L'actualité(372): 8-77

Ce dossier se propose de faire le bilan des politiques publiques dans le domaine du handicap en France. L'article introductif de ce dossier fait un bilan sur les évolutions des concepts, pratiques et politique du handicap en France et à l'étranger. Puis ce dossier examine successivement les réformes possibles dans ce domaine, présente les premiers enseignements de l'enquête Handicap-Santé 2008 concernant la participation sociale des personnes handicapées de 20 à 59 ans. Il analyse également les principaux éléments de la prise en charge des personnes handicapées en France. Il propose enfin un éclairage sur les politiques dans le champ du handicap en Europe et aux Etats-Unis.

Rosso-Debord, V. (2011). Rapport d'information sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes en Europe. Rapport d'information ; 3367. Paris Assemblée nationale
<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/europe/rap-info/i3667.pdf>

Ce rapport examine les modalités de prise en charge de la dépendance des personnes âgées dans différents pays européens, notamment en Allemagne, aux Pays Bas et au Royaume-Uni

Unaf (2011). Prise en charge de la dépendance : pour une véritable complémentarité entre solidarité publique et solidarité familiale. Paris UNAF
<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.

Vasselle, A. (2011). Rapport d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque. Rapport d'information; 263. Paris Sénat
<http://www.senat.fr/rap/r10-263/r10-2631.pdf>

Dès 2007, aussitôt après l'annonce par le Président de la République de son souhait d'engager une réforme de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées, le Sénat a créé sur ce thème une mission commune d'information, composée de membres des commissions des affaires sociales et des finances. Son rapport d'étape (« Construire le cinquième risque », rapport n° 447, 2007-2008), publié en juillet 2008, a dressé un panorama complet des enjeux humains, organisationnels et financiers de la construction du cinquième risque et a esquissé de nombreuses pistes de réformes. Au moment où le Gouvernement engage une ultime concertation sur ce chantier essentiel de la fin de la législature, la mission a souhaité actualiser ses analyses et préconisations en prenant en compte les évolutions importantes intervenues au cours des deux dernières années. Le présent rapport fait ainsi le point sur les grands enjeux de la réforme à venir : comment améliorer la prise en charge des personnes âgées dépendantes dans un contexte de vieillissement de la population ? Comment articuler solidarité et prévoyance individuelle pour limiter les restes à charge supportés par les familles tout en tenant compte de la situation très dégradée des finances publiques ? Quelle organisation retenir pour la gouvernance du cinquième risque ? (résumé des auteurs)

Weber, M. et Verollet, Y. (2011). "La dépendance des personnes âgées." Avis Et Rapports Du Conseil Economique Et Social

L'augmentation du nombre de personnes âgées de plus de 75 ans, 25 % d'ici 2025, appelle certes des réponses financières, 34 milliards d'euros ont été consacrés à la dépendance en 2010 mais surtout sociétales. Pour le CESE (Conseil Economique Social et Environnemental), les politiques publiques doivent favoriser la construction de parcours de vie répondant aux besoins des personnes âgées. En amont de la survenue de la dépendance, en développant la prévention, en adaptant l'habitat et en soutenant toutes les initiatives technologiques au service de l'autonomie. Puis par la meilleure coordination du parcours de soins, le renforcement de l'aide à domicile et le soutien aux aidants. L'instauration d'une taxe sur les successions et les donations et l'évolution des taux de CSG (Contribution sociale généralisée)

des retraités offrent des pistes de financement. (résumé d'auteur).

2010

Albaret, M. C. (2010). De la dépendance liée à l'âge. Une question de société. Des propositions pour Midi-Pyrénées. Avis. Assemblée plénière. Séance du 16 décembre 2010. Toulouse, CESR

Le Conseil Economique, Social et Environnemental de Midi-Pyrénées a souhaité placer l'Homme au cœur de sa réflexion, comprendre ce que vivent les personnes âgées en situation de dépendance et les difficultés qu'elles rencontrent. La structuration du présent rapport illustre cette intention : l'accent ayant été mis sur la situation vécue par les personnes âgées dépendantes, c'est davantage une cohérence par rapport à cette intention qu'un équilibre entre les parties qui a été recherché. Ainsi, après un liminaire qui vise à donner quelques points de repères en rappelant des définitions et le contexte législatif, une première partie est consacrée aux personnes âgées dépendantes. La deuxième partie s'attache à traiter de la condition des personnes qui sont en position d' "aidants", qu'elles soient des proches ou bien des professionnels. Dans la troisième partie, sont abordées les questions de financement au travers des difficultés rencontrées par les différents acteurs chargés de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Ce rapport s'achève par une synthèse des préconisations du CESER Midi-Pyrénées. (extrait de l'introduction).

Albertini, F. (2010). Le rapport de l'Observatoire National sur la Formation, la Recherche et l'Innovation sur le Handicap 2009. Paris, Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique

Créé par la loi du 11 février 2005, l'Observatoire national sur la formation, la recherche et l'innovation sur le handicap (ONFRIH) a pour mission de conseiller les pouvoirs publics et de présenter des propositions en matière de prévention, de recherche et de formation des professionnels impliqués dans le champ du handicap. Dans ces trois domaines, l'ONFRIH établit un inventaire de l'existant en termes de réalisations et de programmes. Ces états des lieux et préconisations font l'objet, tous les trois ans, d'un rapport d'ensemble. Ce second rapport porte sur les deux sujets suivants : Handicap, recherche en sciences de l'ingénieur et innovation (élever le handicap au rang de grand défi scientifique et de grand domaine applicatif pour les sciences de l'ingénieur ; renforcer les coopérations entre opérateurs à tous les niveaux de la recherche et de l'innovation ; encourager l'expression des besoins dans le processus de recherche et d'innovation) et Handicap et formation professionnelle des aidants (formation des professionnels, travailleurs sociaux et professionnels de santé et formation des aidants familiaux).

Bourdon, E., Chauvet, R., Delavoix, M., et al. (2010). La prise en charge des besoins d'aide des personnes âgées en perte d'autonomie vivant en domicile ordinaire : quel partage entre aide formelle et informelle ? Rennes EHESP, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. (E.H.E.S.P.). Rennes. FRA. **Module interprofessionnel de santé publique - 2009. Groupe n°11**

L'objet de ce rapport cible la prise en charge en domicile ordinaire et fait émerger la problématique suivante : comment articuler l'aide formelle et l'aide informelle afin de répondre de façon complémentaire aux besoins de la population concernée ? Pour répondre à cette interrogation, il a été procédé dans une première partie à l'analyse comparée des orientations politiques actuelles à l'échelle européenne. Cette analyse conduit nécessairement à l'étude des différents déterminants individuels et culturels, inhérents au

partage entre aide formelle et informelle. Ces premiers constats critiques nous ont amenés, dans une seconde partie, à orienter notre réflexion sur la nécessaire mise en place de mesures de soutien aux acteurs de l'aide informelle. La mixité des aides aux personnes âgées en perte d'autonomie constitue l'une des perspectives centrales envisagées pour répondre aux défis majeurs liés à l'évolution de notre société.

Gannon, B. et Davin, B. (2010). "Use of formal and informal care services among older people." European Journal of Health Economics (The) 11(5): 499-501, 493

This paper focuses on current use of elderly care services in Ireland and France. In light of health care resource allocation problems, it is important to know the level of current use of home care on which future projections may be based. With the availability of SHARE (Survey of Health Ageing and Retirement in Europe) data, it is now possible to analyse this process and estimate the relationship between formal and informal care, and our econometric model tests for endogeneity of informal care. Previous research has not included Ireland into the analysis. Given that Ireland has a younger population base, lessons could be learned from countries with older populations, such as France. Results suggest informal care is endogenous and negatively linked with formal care in the pooled (France and Ireland) model. There is a higher unmet need for care in Ireland. These results have important policy implications for Ireland as the demographic makeup will change from 11 per cent to 15 per cent of older people over the next 10 years.

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

<https://www.securite-sociale.fr/>

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).

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

<https://www.securite-sociale.fr/>

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.

Le Goff, A. et Garrau, M. (2010). Care, justice, dépendance. Introduction aux théories du Care. Paris, PUF

Qu'est-ce que la dépendance ? Comment inclure à part entière les personnes dépendantes dans la communauté politique et morale ? Dans quelle mesure sommes-nous tous dépendants du souci des autres ? Enfin, comment rendre justice à cet aspect fondamental de toute vie humaine ? Ces questions, qui n'ont rien d'évident dans des sociétés où l'autonomie individuelle et l'égalité entre individus constituent les normes morales et politiques dominantes, ont fait l'objet de nombreuses réflexions dans la philosophie féministe contemporaine, principalement anglo-saxonne. Situées au point de départ des éthiques du care - que l'on peut traduire par éthique du souci ou du soin - elles ont permis de rendre visibles des domaines de l'expérience morale et sociale considérés comme marginaux par les théories morales et politiques traditionnelles. Elles ont ainsi conduit à des reformulations importantes des théories contemporaines de la justice, sur la base d'une anthropologie politique qui cherche à rendre compte de la constitution relationnelle des agents moraux et tente de prendre au sérieux leur vulnérabilité. Ce livre présente les débats qui ont entouré le développement des théories du care, depuis la formulation d'une éthique du care par Carol Gilligan en 1982, jusqu'aux travaux plus récents consacrés à la sociologie des pratiques de care et aux réflexions qui, dans le champ de la théorie politique, visent à penser l'articulation entre care et justice. Il cherche ainsi à rendre sensible l'importance et l'ampleur des interrogations ouvertes par cette perspective de recherche, dans les champs de la philosophie morale, de la sociologie et de la théorie politique, et propose d'en faire le pivot d'une nouvelle conception de la citoyenneté.

Ollivier, R., Paul, S. et Jacquin, E. (2010). Rapport relatif à l'évaluation des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC). Paris la documentation française ; Paris Inspection générale des affaires sociales: 81.
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000497/index.shtml>

La mission d'évaluation des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), qui s'est déroulée d'octobre 2009 à février 2010, est la seconde réalisée par l'IGAS depuis la mise en place de ce dispositif par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), en 2006, en application de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. La première mission d'évaluation qui s'est déroulée au cours du second semestre de 2008 est disponible à l'adresse suivante :
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000488/index.shtml> (résumé d'auteur).

Sapey, B. (2010). "La politique du handicap : un modèle reposant sur l'autonomie individuelle." Informations Sociales(159): 128-137.

[BDSP. Notice produite par AHPDOC 9R0xCk9s. Diffusion soumise à autorisation]. Cette contribution examine l'importance du modèle social du handicap pour le mouvement des personnes handicapées au Royaume-Uni et comment il a nourri la réflexion sur la politique à l'égard des personnes handicapées. Elle relate les changements introduits dans cette politique depuis 1948 et revient sur l'évolution de la protection sociale, jusqu'à la naissance d'une politique d'individualisation, laquelle attend des personnes handicapées qu'elles

exercer la maîtrise de l'aide qui est apportée. L'article montre l'antagonisme entre les objectifs de la politique du handicap et les aspirations des personnes handicapées. Il décrit la métamorphose du rôle des travailleurs sociaux et analyse certains problèmes de mise en œuvre qui se sont fait jour. (Adapté du R.A.).

ÉTUDES : EUROPE

2019

Acker, D. et Bonnet, C. (2019). Politique de soutien à l'autonomie des personnes âgées : quelques comparaisons internationales. Note du Conseil de l'Age. Paris HCFEA: 26.

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

Cette note porte sur 9 pays : l'Allemagne, le Danemark, l'Espagne, l'Italie, la Suède et le Québec, ainsi que sur la Belgique, les Pays-Bas et le Japon. Tous les pays étudiés sont confrontés aux enjeux du vieillissement et de la perte d'autonomie. Les stratégies développées et les grandes orientations sont similaires : priorité au soutien à domicile, diversification des réponses en termes de lieux de vie et des choix offerts aux familles, tendance à l'extension des prestations en espèces plutôt qu'en nature, soutien aux aidants et attention portée à la question de la qualification des professionnels du secteur.

Marczak, J., Wittenberg, R. et Doetter, L. F. (2019). "Enhancing the sustainability of long-term care." *Eurohealth* 25(4)

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330138/13561030-eng.pdf>

Long-term care in Europe is struggling to keep up with rising demand from an ageing population that brings with it an associated increase in complex disabilities and chronic conditions such as dementia. With demand expected to continue growing in the future, policymakers have become increasingly interested in finding innovative solutions to ensure the sustainability of long-term care. Many of these solutions involve efforts to prevent or delay formal long-term care dependency by older people, either by improving health and wellbeing or by securing the supply of informal carers. Eurohealth Observer - Preventing social isolation and loneliness among older people, Improving outcomes for people with long-term care needs through personalisation, Policy measures adopted to support unpaid care across Europe, Long-term care and migrant care work: addressing workforce shortages while raising questions for European countries; Eurohealth International - Patient engagement strategies to move towards earlier diagnosis of Alzheimer's disease; Eurohealth Systems and Policies - Switching health insurer in the Netherlands: price competition but lacking competition on quality, Implementing advanced practice nurses in Swiss primary care, Centralising health care administration in Finland – an inevitable path?, New primary care policy in the Russian Federation; and Eurohealth Monitor ;

2018

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.

Spasova, S., Baeten, R., Coster, S., et al. (2018). Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies 2018. Bruxelles Commission européenne

The study, which includes country reports and a synthesis report, provides a brief description of the main features of the national long-term care systems in 35 European countries - EU Member States as well as EFTA and enlarging countries. The country reports analyse four challenges: access to and adequacy of long-term care provisions, issues related to the employment situation of carers, the quality of LTC provision and jobs, and the financial sustainability of national long-term care provisions.

Van Eenoo, L., van der Roest, H., Onder, G., et al. (2018). "Organizational home care models across Europe: A cross sectional study." *Int J Nurs Stud* **77**: 39-45.

BACKGROUND: Decision makers are searching for models to redesign home care and to organize health care in a more sustainable way. **OBJECTIVES:** The aim of this study is to identify and characterize home care models within and across European countries by means of structural characteristics and care processes at the policy and the organization level. **DATA SOURCES:** At the policy level, variables that reflected variation in health care policy were included based on a literature review on the home care policy for older persons in six European countries: Belgium, Finland, Germany, Iceland, Italy, and the Netherlands. At the organizational level, data on the structural characteristics and the care processes were collected from 36 home care organizations by means of a survey. Data were collected between 2013 and 2015 during the IBenC project. **STUDY DESIGN:** An observational, cross sectional, quantitative design was used. The analyses consisted of a principal component analysis followed by a hierarchical cluster analysis. **RESULTS:** Fifteen variables at the organizational level, spread across three components, explained 75.4% of the total variance. The three components made it possible to distribute home care organizations into six care models that differ on the level of patient-centered care delivery, the availability of specialized care professionals, and the level of monitoring care performance. Policy level variables did not contribute to distinguishing between home care models. **CONCLUSIONS:** Six home care models were identified and characterized. These models can be used to describe best practices.

Yadegarfar, M. E., Jagger, C., Duncan, R., et al. (2018). "Use of primary care and other healthcare services between age 85 and 90 years: longitudinal analysis of a single-year birth cohort, the Newcastle 85+ study." *BMJ Open* **8**(1): e019218.

OBJECTIVE: To describe, using data from the Newcastle 85+ cohort study, the use of primary care and other healthcare services by 85-year-olds as they age. **DESIGN:** Longitudinal population-based cohort study. **SETTING:** Newcastle on Tyne and North Tyneside, UK. **PARTICIPANTS:** Community dwelling and institutionalised men and women recruited through general practices (n=845, 319 men and 526 women). **RESULTS:** Contact was established with 97% (n=1409/1459) of eligible 85-year-olds, consent obtained from 74% (n=1042/1409) and 851 agreed to undergo the multidimensional health assessment and a general practice medical records review. A total of 845 participants had complete data at baseline for this study (319 male, 526 female), with 344 (118 male, 226 female) reinterviewed at 60 months. After adjusting for confounders, all consultations significantly increased over the 5 years (incidence rate ratio, IRR=1.03, 95% CI 1.01 to 1.05, P=0.001) as did general practitioner (GP) consultations (IRR=1.03, 95% CI 1.01 to 1.05, P=0.006). Significant increases were also observed in inpatient and day hospital use over time, though these disappeared after adjustment for confounders. **CONCLUSIONS:** Our study of primary, secondary and community care use by the very old reveals that, between the ages of 85 and 90 years, older people are much more likely to consult their GP than any other primary healthcare team members. With a rapidly ageing society, it is essential that both current and future GPs are appropriately skilled, and adequately supported by specialist colleagues, as the main healthcare provider for a population with complex and challenging needs.

2017

Atella, V., Belotti, F., Carrino, L., et al. (2017). The future of Long Term Care in Europe. An investigation using a dynamic microsimulation model. *CEIS Research papers*; 405. Rome Centre For Economic and International Studies

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2964830

In this paper we investigate the evolution of public European LTC systems in the forthcoming decades, using the Europe Future Elderly Model (EuFEM), a dynamic microsimulation model which projects the health and socio-economic characteristics of the 50+ population of ten European countries, augmented with the explicit modelling of the eligibility rules of 5 countries. The use of SHARE data allows to have a better understanding of the trends in the demand for LTC differentiated by age groups, gender, and other demographic and social characteristics in order to better assess the distributional effects. We estimate the future potential coverage (or gap of coverage) of each national/regional public home-care system, and then disentangle the differences between countries in a population and a regulation effects. Our analysis offers new insights on how would the demand for LTC evolve over time, what would the distributional effects of different LTC policies be if no action is taken, and what could be potential impact of alternative care policies.

Boheim, R. et Leoni, T. (2017). Sickness and disability policies: Reform paths in OECD countries between 1990 and 2014. *International of social welfare* 27(2) : 165-185

We analysed sickness and disability policies for the working age population in a number of OECD countries, between the years 1990 and 2014. Existing evidence suggests that there has been a broad shift in focus from passive income maintenance to employment incentives and reintegration policies. We have updated detailed policy scores provided by the OECD to estimate model-based country clusters. Our results indicate that countries have pursued different types of reforms consisting of a combination of integration and compensation

measures. The reforms of recent decades have led to the emergence of a distinct cluster of Northern and Continental European countries characterised by a combination of strong employment-oriented policies and comparatively high social protection levels. An analysis of recent reforms shows a continued expansion of measures that foster employment as well as instances of retrenchment in the compensation dimension. Diversity of policy settings across country groups, however, remains substantial.

Casanova, G., Lamura, G. et Principi, A. (2017). "Valuing and Integrating Informal Care as a Core Component of Long-Term Care for Older People: A Comparison of Recent Developments in Italy and Spain." *J Aging Soc Policy* **29**(3): 201-217.

The international long-term care (LTC) debate has recently been focusing on how to strengthen home care provision. In this regard, a major role has been played by informal care and how to best integrate it in a holistic care approach. Italy and Spain, usually labeled as "familialist" or "family-based" care models, have been promoting national reforms or actions to support the integration of "informal" actors into the overall LTC system. Through a comparative review of recent trends observed in the two care regimes, this article aims at contributing to improve our cross-national understanding of how LTC is changing across Europe, identifying the basic approaches adopted in Italy and Spain and highlighting both their strengths and drawbacks.

Claes, C., Ferket, N., Vandeveld, S., et al. (2017). "Disability Policy Evaluation: Combining Logic Models and Systems Thinking." *Intellect Dev Disabil* **55**(4): 247-257.

Policy evaluation focuses on the assessment of policy-related personal, family, and societal changes or benefits that follow as a result of the interventions, services, and supports provided to those persons to whom the policy is directed. This article describes a systematic approach to policy evaluation based on an evaluation framework and an evaluation process that combine the use of logic models and systems thinking. The article also includes an example of how the framework and process have recently been used in policy development and evaluation in Flanders (Belgium), as well as four policy evaluation guidelines based on relevant published literature.

Gianino, M. M., Lenzi, J., Martorana, M., et al. (2017). "Trajectories of long-term care in 28 EU countries: evidence from a time series analysis." *Eur J Public Health*. **27**(6):948-95

Background: This study aims to confirm whether an increase in the number of elderly people and a worsening in the auto-evaluation of the general health state and in the limitation of daily activities result in increases in the offered services (beds in residential LTC facilities), in the social and healthcare expenditure and, consequently, in the percentage of LTC users. **Methods:** This study used a pooled, cross-sectional, time series design focusing on 28 European countries from 2004 to 2015. The indicators considered are: population aged 65 years and older; self-perceived health (bad and very bad) and long-standing limitations in usual activities; social protection benefits (cash and kind); LTC beds in institutions; LTC recipients at home and in institutions; healthcare expenditures and were obtained from the Organization for Economic Co-operation and Development and Eurostat. **Results:** The proportion of elderly people increased, and conversely, the percentage of subjects who had a self-perceived bad or very bad health decreased. Moreover, there was an orientation to reduce the share of elderly people who received LTC services and to focus on the most serious cases. Finally, the combination of formal care at home and in institutions resulted in most Member States shifting from institutional care to home care services. **Conclusions:**

Demographic, societal, health changes could considerably affect LTC needs and services, resulting in higher LTC related costs. Thus, knowledge of LTC expenditures and the demand for services could be useful for healthcare decision makers.

Lecerf, M. (2017). Politique européenne en faveur des personnes handicapées : de la définition du handicap à la mise en œuvre d'une stratégie. Strasbourg Parlement Européen: 26.
http://www.cfhe.org/upload/actualite/C3%A9s/2017/EPRS_IDA%282017%29603981_FR-1.pdf

La présente publication présente un aperçu de la politique de l'Union européenne en faveur des personnes handicapées. Elle aborde la question de la définition du handicap aux niveaux international, européen et national. Elle dresse un tableau des difficultés de mesure du handicap tout en apportant quelques résultats statistiques. Elle décrit l'action de l'Union européenne concernant les personnes souffrant d'un handicap. Elle mentionne les positions du Parlement européen.

Muir, T. (2017). Measuring social protection for long-term care. OECD Health Working Papers ; 93. Paris OCDE
http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/measuring-social-protection-for-long-term-care_a411500a-en

This report presents the first international quantification and comparison of levels of social protection for long-term care (LTC) in 14 OECD and EU countries. Focusing on five scenarios with different LTC needs and services, it quantifies the cost of care; the level of coverage provided by social protection systems; the out-of-pocket costs that people are left facing; and whether these costs are affordable. The cost of care varies widely between countries but it is always high relative to typical incomes, meaning that LTC is often unaffordable in the absence of social protection. All countries studied have some form of social protection for LTC, but even where coverage is comprehensive, people pay some of the cost out of pocket. Coverage for home care for moderate or severe needs is often insufficient, leaving people with large out-of-pocket costs. In contrast, all countries studied ensure that institutional care is affordable. Unless family and friends can provide informal care, many people will be unable to afford LTC in their own home, leaving them with unmet needs or at risk of early institutionalisation. Benefits are usually means-tested to provide more support to those less able to afford to contribute, but it is still those with lowest incomes that are most likely to face unaffordable costs. Some countries provide financial support to informal carers, but this rarely comes close to compensating them for the time they spend providing LTC. When designing social protection systems for LTC, countries need to look systematically at the level of protection provided to people in different scenarios. Many countries aim to support people with LTC needs to remain in their own home for longer, but the results presented here suggest that gaps in social protection make this unaffordable for people with low income. Addressing these gaps should be a priority for future reforms.

OMS (2017). Age-friendly environments in Europe. A handbook of domains for policy action, Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/359543/AFEE-handbook.PDF

Policies to create better age-friendly environments have become a forceful movement in Europe and globally in which a growing number of cities and communities, local authorities and regional governments participate. This publication provides a handbook for local policy-makers and planners on eight domains for policy action. These cover both the physical and social environment as well as community services. It builds on a WHO model of eight

domains for age-friendly cities and communities that is widely used by local governments in Europe as point of reference. This handbook is based on lessons learned from existing age-friendly initiatives in Europe. It thus builds on the richness of relevant locally and regionally developed tools that are now available, as well as the latest evidence from research. This publication links actions to create more age-friendly environments to the broader context of European health and social policies for ageing populations. A focus is on the inter-connectedness and mutual synergies between the eight domains and how they can work together to address common goals such as increasing social inclusion, fostering physical activity or supporting people living with dementia.

Schalock, R. L. (2017). "Introduction to the Special Issue on Disability Policy in a Time of Change." Intellect Dev Disabil **55**(4): 215-222.

The enormous effects of public policy-both for good and for ill-in the lives of people with intellectual disability and related developmental disabilities demand the development of stronger tools for policy analysis, and more effective strategies for policy implementation and evaluation. The purpose of this special issue is to help readers understand the complexities of disability policy and the factors that influence its successful development, implementation, and evaluation; and to encourage readers to expand their thinking and actions regarding the role they play in disability policy in a time of change.

Shogren, K. A., Luckasson, R. et Schalock, R. L. (2017). "An Integrated Approach to Disability Policy Development, Implementation, and Evaluation." Intellect Dev Disabil **55**(4): 258-268.

This article provides a framework for an integrated approach to disability policy development, implementation, and evaluation. The article discusses how a framework that combines systems thinking and valued outcomes can be used by coalition partners across ecological systems to implement disability policy, promote the effective use of resources, incorporate specific support strategies that advance identified disability policy goals and lead to systemic changes and enhanced personal outcomes, and focus on activities that advance a unified vision for disability policy and the attainment of personal outcomes. The article concludes with a discussion of the significant challenges and opportunities regarding an integrated approach to disability policy in a time of change.

Turnbull, R. et Stowe, M. J. (2017). "A Model for Analyzing Disability Policy." Intellect Dev Disabil **55**(4): 223-233.

This article describes a 12-step model that can be used for policy analysis. The model encompasses policy development, implementation, and evaluation; takes into account structural foundations of policy; addresses both legal formalism and legal realism; demonstrates contextual sensitivity; and addresses application issues and different conceptualizations of IDD.

2016

Axelsson, H., Linden, A., Andersson, J. E., et al. (2016). "Equalization and Participation for All: Swedish Disability Policy at a Crossroads." Stud Health Technol Inform **229**: 69-77.

The political line in Swedish disability policy advocates the use of generalized solutions in order to fit potential needs of the largest possible group of people and, where needed,

special solutions to bridge the remaining gap between the generalized level of accessibility and additional individual needs. This is referred to as the disability perspective (DP). The DP has embraced two tracks: one that pertains to generalized solutions that promote an overall high level of accessibility and usability, and another one that pertains to different types of individual support for people with disabilities. The present study is a self-reflective inquiry on key issues for the development of future disability policies. Five experts entered a discussion about the pros and cons concerning the DP. This confirmed or refuted assumptions, dilemmas, themes as well as reoccurring patterns in the political viva voce procedure that has formed the contemporary disability policy. Over the course of time, the experts believed that the DP had nurtured a belief that there is a dichotomy. This may have created an imbalance in the relation between the DP and policies such as those concerning healthcare and social care. With a clearer focus on interdependence, the experts saw synergies between needs for assistive technology, assistive products and the requirements for the built environment.

Foreman, D. M. (2016). "Exploring unintended consequences of policy initiatives in mental health: the example of Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS) in England." *BMJ Open* 6(8): e010714.

OBJECTIVES: The impact of policy and funding on Child and Adolescent Mental Health Service (CAMHS) activity and capacity, from 2003 to 2012, was assessed. The focus was on preschool children (aged 0-4 years), as current and 2003 policy initiatives stressed the importance of 'early intervention'. **SETTINGS:** National service capacity from English CAMHS mapping was obtained from 2003 to 2008 inclusive. English Hospital Episode Statistics (HES) for English CAMHS was obtained from 2003 to 2012. The Child and Adolescent Faculty of the Royal College of Psychiatrists surveyed its members about comparative 0-4-year service activity and attitudes in 2012. **PARTICIPANTS:** CAMHS services in England provided HES and CAMHS mapping data. The Child and Adolescent Faculty of the Royal College of Psychiatrists are child psychiatrists, including trainees. **OUTCOME MEASURES:** CAMHS mapping data provided national estimates of total numbers of CAMHS patients, whereas HES data counted appointments or episodes of inpatient care. The survey reported on Child Psychiatrists' informal estimates of service activity and attitudes towards children aged 0-4 years. **RESULTS:** The association between service capacity and service activity was moderated by an interaction between specified funding and age, the youngest children benefiting least from specified funding and suffering most when it was withdrawn ($Pr=0.005$). Policy review and significant differences between age-specific HES trends ($Pr<0.001$) suggested this reflected prioritisation of older children. Clinicians were unaware of this effect at local level, though it significantly influenced their attitudes to prioritising this group ($Pr=0.02$). **CONCLUSIONS:** If the new policy initiative for CAMHS is to succeed, it will need to have time-limited priorities attached to sustained, specified funding, with planning for limits as well as expansion. Data collection for policy evaluation should include measures of capacity and activity.

Giraud, O. (2016). "L'accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie des personnes âgées en Suisse : ombres et lumières du principe de subsidiarité." *Revue Française des Affaires Sociales*(4): 35-40.

<http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2016-4-page-35.htm>

Ce dernier numéro de la Revue française des affaires sociales pour l'année 2016 est principalement constitué du dossier coordonné par Yara Makdessi et Jean-Luc Outin sur le thème « Handicap, âge, dépendance : quelles populations ? ». L'appel à contribution s'était donné deux objectifs principaux. D'une part, valoriser les travaux de recherche conduits,

depuis plusieurs années, dans le champ de la perte d'autonomie, notamment en réponse aux appels communs à la mission recherche de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). D'autre part, favoriser des contributions sur des expérimentations en cours. Quatre axes étaient proposés aux auteurs : la définition des catégories « handicap », « dépendance » et « perte d'autonomie » ; l'évolution et la mise en œuvre des politiques publiques ; la relation d'aide et, enfin, les innovations, technologiques et sociales dans ce champ. 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. Une note de lecture sur la bande dessinée de Roz Chast Est-ce que l'on pourrait parler d'autre chose ? clôt cet ensemble. Le dossier thématique est suivi d'une note de lecture de Nathalie Fourcade sur le dernier ouvrage publié par Christophe Dejours, Situations du travail.

Gori, C., Fernandes, J. L. et Wittenberg, R. (2016). Long-term care reforms in OECD countries, Bristol : Policy Press

Since the early 1990s, long-term care policies have undergone significant transformations across OECD countries. In some countries, these changes have responded to the introduction of major policy reforms while in others, significant transformations have come about through the accumulation of incremental policy changes. This book brings together evidence from over 12 years of care reforms to examine changes in long-term care systems occurring in OECD countries. It discusses and compares key changes in national policies and examines the main successes and failures of recent reforms. Finally, it suggests possible policy strategies for the future in the sector.

Gori, C., Fernandez, J.-L. et Wittenberg, R. e. (2016). Long-Term Care Reforms in OECD Countries: Successes and Failures, Bristol and Chicago:

Twelve papers analyze the range of solutions adopted internationally to organize, regulate, and fund long-term care (LTC) services and address the growing needs of aging societies. Papers discuss funding--the demand for care and support for older people; the LTC financing problem; models of care--how different countries allocate LTC resources to users--a comparative snapshot; how different countries allocate LTC resources to older users--changes over time; commissioning LTC services; cash-for-care benefits; policy instruments to promote good quality LTC services; carers--developing a skilled LTC workforce; policies to support informal care; institutional actors--the relationship between social and health services in care for older people; multilevel governance and its effects on LTC support; and looking ahead in LTC policies. Gori is Visiting Senior Fellow in the Personal Social Services Research Unit (PSSRU) at the London School of Economics and Political Science. Fernandez is Deputy Director and Associate Professorial Research Fellow in the PSSRU at the London School of Economics and Political Science. Wittenberg is Associate Professorial Research Fellow in the PSSRU at the London School of Economics and Political Science. Index.

Lestrade, B. (2016). "La protection sociale en Allemagne – Une conception différente, des résultats inégaux." *Revue Française Des Affaires Sociales*(4): 41-50.

<http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2016-4-page-41.htm>

Ce dernier numéro de la Revue française des affaires sociales pour l'année 2016 est principalement constitué du dossier coordonné par Yara Makdessi et Jean-Luc Outin sur le thème « Handicap, âge, dépendance : quelles populations ? ». L'appel à contribution s'était donné deux objectifs principaux. D'une part, valoriser les travaux de recherche conduits, depuis plusieurs années, dans le champ de la perte d'autonomie, notamment en réponse aux appels communs à la mission recherche de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). D'autre part, favoriser des contributions sur des expérimentations en cours. Quatre axes étaient proposés aux auteurs : la définition des catégories « handicap », « dépendance » et « perte d'autonomie » ; l'évolution et la mise en œuvre des politiques publiques ; la relation d'aide et, enfin, les innovations, technologiques et sociales dans ce champ. 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. Une note de lecture sur la bande dessinée de Roz Chast Est-ce que l'on pourrait parler d'autre chose ? clôt cet ensemble. Le dossier thématique est suivi d'une note de lecture de Nathalie Fourcade sur le dernier ouvrage publié par Christophe Dejours, Situations du travail.

Maarse, J. A. M. et Jeurissen, P. P. (2016). "The policy and politics of the 2015 long-term care reform in the Netherlands." *Health Policy* **120**(3): 241-245.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851016000282>

As of 2015 a major reform in LTC is taking place in the Netherlands. An important objective of the reform is to reign in expenditure growth to safeguard the fiscal sustainability of LTC. Other objectives are to improve the quality of LTC by making it more client-tailored. The reform consists of four interrelated pillars: a normative reorientation, a shift from residential to non-residential care, decentralization of non-residential care and expenditure cuts. The article gives a brief overview of these pillars and their underlying assumptions. Furthermore, attention is paid to the political decision-making process and the politics of implementation and evaluation. Perceptions of the effects of the reform so far widely differ: positive views alternate with critical views. Though the reform is radical in various aspects, LTC care will remain a largely publicly funded provision. A statutory health insurance scheme will remain in place to cover residential care. The role of municipalities in publicly funded non-residential care is significantly upgraded. The final section contains a few policy lessons.

Mosca, I., van der Wees, P. J., Mot, E. S., et al. (2016). "Sustainability of Long-term Care: Puzzling Tasks Ahead for Policy-Makers." *Int J Health Policy Manag* **6**(4): 195-205.

BACKGROUND: The sustainability of long-term care (LTC) is a prominent policy priority in many Western countries. LTC is one of the most pressing fiscal issues for the growing population of elderly people in the European Union (EU) Member States. Country recommendations regarding LTC are prominent under the EU's European Semester.

METHODS: This paper examines challenges related to the financial- and organizational sustainability of LTC systems in the EU. We combined a targeted literature review and a

descriptive selected country analysis of: (1) public- and private funding; (2) informal care and externalities; and (3) the possible role of technology in increasing productivity. Countries were selected via purposive sampling to establish a cohort of country cases covering the spectrum of differences in LTC systems: public spending, private funding, informal care use, informal care support, and cash benefits. RESULTS: The aging of the population, the increasing gap between availability of informal care and demand for LTC, substantial market failures of private funding for LTC, and fiscal imbalances in some countries, have led to structural reforms and enduring pressures for LTC policy-makers across the EU. Our exploration of national policies illustrates different solutions that attempt to promote fairness while stimulating efficient delivery of services. Important steps must be taken to address the sustainability of LTC. First, countries should look deeper into the possibilities of complementing public- and private funding, as well as at addressing market failures of private funding. Second, informal care externalities with spill-over into neighboring policy areas, the labor force, and formal LTC workers, should be properly addressed. Thirdly, innovations in LTC services should be stimulated to increase productivity through technology and process innovations, and to reduce costs. CONCLUSION: The analysis shows why it is difficult for EU Member State governments to meet all their goals for sustainable LTC, given the demographic- and fiscal circumstances, and the complexities of LTC systems. It also shows the usefulness to learn from policy design and implementation of LTC policy in other countries, within and outside the EU. Researchers can contribute by studying conditions, under which the strategies explored might deliver solutions for policy-makers.

Shefer, G., Henderson, C., Frost-Gaskin, M., et al. (2016). "Only Making Things Worse: A Qualitative Study of the Impact of Wrongly Removing Disability Benefits from People with Mental Illness." *Community Ment Health J* **52**(7): 834-841.

Many countries belonging to the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) have seen a considerable increase in the number of disability benefits recipients (DBRs), in addition to an increase in the proportion of people with mental illness. As in other countries, changes to the welfare benefits system in England were made in order to reduce the number of DBRs. Many people lost their benefit payments, although a considerable number had them reinstated after appeal. Our aim was to investigate the impact of the process on DBRs whose disability was related to mental health and who won their appeal. Seventeen DBRs were interviewed. The participants reported three main types of impact. Beyond the practical reduction of income and the related anxiety, interviewees reported considerable stress when coping with the 'never-ending' cycle of bureaucracy. They also expressed anger, frustration and demoralisation at mistrust on the part of the authorities partly due to the 'invisibility' of their disability.

Singh, D. A. (2016). *Effective management of Long-Term Care Facilities*, Burlington : Jones & Bartlett Learning

This book examines the complex operations of the long-term care facility and offers critical skills to current and future long-term care administrators for delivering quality, cost-effective services. Comprehensive, yet concise, the Third Edition explores the necessary skills and tools for creating a person-centered environment. Topics covered include: how to adapt an existing nursing facility, the growing culture change movement, and the laws, regulations, and financing of the long-term care industry, as well as its organization and delivery. Finally, this book offers extensive coverage of the essential skills necessary to manage it all.

Tøssebro, J. (2016). "Scandinavian disability policy: From deinstitutionalisation to non-discrimination

Pôle documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

Page 79 sur 365

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-soutien-a-domicile-des-personnes-handicapees-et-dependantes.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-soutien-a-domicile-des-personnes-handicapees-et-dependantes.epub

and beyond." *ALTER - European Journal of Disability Research / Revue Européenne de Recherche sur le Handicap* **10**(2): 111-123.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1875067216300049>

This article discusses recent significant moves in disability policy in two Scandinavian countries, Norway and Sweden. The aim is to outline the Scandinavian twist on ongoing international developments. The analyses are limited to two major reforms: (i) the shift towards community living and full deinstitutionalisation in the 1990s, and (ii) the introduction of social regulation as part of the disability policy system in the first decade after 2000, particularly legislation on non-discrimination and accessibility. Changes during the reform years and beyond are discussed, and current challenges regarding the two significant moves are outlined.

Van Eenoo, L., Declercq, A., Onder, G., et al. (2016). "Substantial between-country differences in organising community care for older people in Europe-a review." *Eur J Public Health* **26**(2): 213-219.

BACKGROUND: The European population is aging. The main drivers of public spending on health care for people of 65 years and older are hospital admission and admission to long-term care facilities. High quality community care can be a cost-effective and quality solution to respond to the impact of ageing populations on health-care systems. It is unclear how well countries are equipped to provide affordable and quality community care. The aim of this article is to describe and compare community care delivery with care-dependent older people in Europe. **METHODS:** This study is conducted within the European Union-financed IBenC project [Identifying best practices for care-dependent elderly by Benchmarking Costs and outcomes of community care (FP7)] in which six European countries are involved. To compare the community care delivery with care-dependent older people in these countries, we performed a systematic comparison of macro indicators using metadata complemented with data from multinational surveys. **RESULTS:** Data on the following dimensions are described and compared: population of the country, governmental expenditures on health, sources of community health services funding, governmental vision and regulation on community care, community care organisations and care professionals, eligibility criteria for and equity in receiving care and the involvement of informal care. **CONCLUSION:** : Because of the variations in the European community care contexts, the growing demand for community care as a cost-effective and quality solution to the care burden of aging populations will have country-specific impacts. When learning from other countries' best practices, in addition to researchers, policy makers should take full account of local and national care contexts.

2015

Attias-Donfut, C. et Litwin, H. (2015). "Comparaison de l'entraide familiale à l'échelle européenne : idées reçues, réalités et incertitudes." *Informations Sociales* **188**(2): 54-63.

<https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2015-2-page-54.htm>

La solidarité familiale intergénérationnelle est bien vivace en Europe, ce que confirment les résultats des vagues successives de l'enquête Share. La variation de ses formes d'un pays à l'autre ne peut se résumer à l'opposition entre un Nord « individualiste » et un Sud « familialiste », et ne correspond pas nécessairement aux types d'État-Providence, définis par Esping-Andersen. Dans tous les pays, le soutien financier va des plus âgés vers les plus

jeunes, à l'inverse de l'aide en temps, majoritairement dispensée par les femmes de la famille, indépendamment du taux de travail féminin. La prise en compte simultanée des deux formes d'aide montre que les plus âgés sont des « nets donateurs » jusqu'à 80 ans ; ce n'est qu'après cet âge que cet équilibre change, les plus âgés recevant plus (en valeur) que ce qu'ils donnent. L'aide institutionnelle a tendance à venir compléter l'aide informelle plutôt qu'à s'y substituer, mais cette hypothèse reste à étayer.

Carrino, L., Orso, C. E. et Pasini, G. (2015). Demand of Long-Term Care and benefit eligibility across European countries. Working Paper; 26. Venice University Ca' Foscari of Venice

In the context of an unprecedented aging process, the role of domiciliary care for older adults is becoming increasingly essential. In order to design effective and proactive policies of formal elderly-care, it is crucial to understand how vulnerable elderly individuals would adjust their informal long-term care utilization to changes in the formal-care provision. Although theoretical frameworks have been proposed, showing that a positive relationship could arise when the elderly exhibit an excess demand of care, empirical evidence is scant, due to the lack of credible instruments to account for the endogenous nature of formal-care decisions. We propose a novel instrument, an index that capture individuals' eligibility status to the LTC domiciliary programmes implemented in their own nation or region. That is, a dummy variable - being eligible or not - which is grounded on the LTC regulation context at national or regional level, but still has individual within region variation due to differences in health conditions and vulnerability assessment. We estimate an IV two-part model using a representative sample of the over 60 population for non-institutionalised individuals in Austria, Germany, France and Belgium. Our results, which are robust to a number of different specifications, point at the lack of crowding-out of the informal- by the formal-care, thus suggesting the existence of a substantial unmet demand of LTC among the elderly.

Costa-Font, J., Fernandez, J. L. et Swartz, K. (2015). "Transitioning between 'the old' and 'the new' long-term care systems." Health Econ **24 Suppl 1**: 1-3.

Dawson, A., Bowes, A., Kelly, F., et al. (2015). "Evidence of what works to support and sustain care at home for people with dementia: a literature review with a systematic approach." BMC Geriatr **15**: 59.

BACKGROUND: This paper synthesises research evidence about the effectiveness of services intended to support and sustain people with dementia to live at home, including supporting carers. The review was commissioned to support an inspection regime and identifies the current state of scientific knowledge regarding appropriate and effective services in relation to a set of key outcomes derived from Scottish policy, inspection practice and standards. However, emphases on care at home and reduction in the use of institutional long term care are common to many international policy contexts and welfare regimes. **METHODS:** Systematic searches of relevant electronic bibliographic databases crossing medical, psychological and social scientific literatures (CINAHL, IngentaConnect, Medline, ProQuest, PsychINFO and Web of Science) in November 2012 were followed by structured review and full-text evaluation processes, the latter using methodology-appropriate quality assessment criteria drawing on established protocols. **RESULTS:** Of 131 publications evaluated, 56 were assessed to be of 'high' quality, 62 of 'medium' quality and 13 of 'low' quality. Evaluations identified weaknesses in many published accounts of research, including lack of methodological detail and failure to evidence conclusions. Thematic analysis revealed multiple gaps in the evidence base, including in relation to take-up and use of self-directed support by people with dementia, use of rapid response teams and other multidisciplinary

approaches, use of technology to support community-dwelling people with dementia, and support for people without access to unpaid or informal support. CONCLUSIONS: In many areas, policy and practice developments are proceeding on a limited evidence base. Key issues affecting substantial numbers of existing studies include: poorly designed and overly narrowly focused studies; variability and uncertainty in outcome measurement; lack of focus on the perspectives of people with dementia and supporters; and failure to understanding the complexities of living with dementia, and of the kinds of multifactorial interventions needed to provide holistic and effective support. Weaknesses in the evidence base present challenges both to practitioners looking for guidance on how best to design and deliver evidence-based services to support people living with dementia in the community and their carers and to those charged with the inspection of services.

Koning, P. et Lindeboom, M. (2015). "The Rise and Fall of Disability Insurance Enrollment in the Netherlands." Journal of Economic Perspectives **29**(2): 151-172.

As recently as 15 years ago, the high level of Disability Insurance (DI) enrollment was considered to be one of the major social and economic problems of the Netherlands; indeed, the Netherlands was characterized as the country with the most out-of-control disability program of OECD countries. But since about 2002, the Netherlands has seen a spectacular decline in its Disability Insurance enrollment rate. Radical reforms to the Dutch DI system were implemented over the period 1996 to 2006. We cluster these reforms in three broad categories: 1) reducing the incentives of employers to move workers to disability; 2) increased gatekeeping; and 3) tightening disability eligibility criteria while enhancing worker incentives. The reforms appear to have been very effective. Since 2002, yearly DI inflow rates dropped from 1.5 percent in 2001 to about 0.5 percent of the insured population in 2012. We argue that particularly the interaction of employer incentives and formal employer obligations has contributed to the substantial decrease in DI inflow. On the downside, however, it seems workers with bad health have sorted into temporary employment--without employers bearing the financial responsibility of their benefit costs.

Matus-Lopez, M. (2015). "[Trends and reforms in long-term care policies for the elderly]." Cad Saude Publica **31**(12): 2475-2481.

One of the main public health concerns in medium and high-income countries is how to deal with problems of functional dependency of a growing number of elderly individuals. This study aimed to identify converging issues in 30 countries with formal long-term care systems. A systematic review included articles, studies, and comparative international reports published from 2010 to 2015. The results show three trends in the design and development of these policies: (a) focus on the oldest or most dependent elderly, (b) expansion of financing based on individual contribution, and (c) promotion of home care and financial benefits for care in specialized centers (nursing homes and similar establishments). All three have positive effects on cost containment, despite limited evidence of impacts on people's health.

Oliva-Moreno, J., Pena-Longobardo, L. M. et Vilaplana-Prieto, C. (2015). "An estimation of the value of informal care provided to dependent people in Spain." Appl Health Econ Health Policy **13**(2): 223-231.

BACKGROUND AND OBJECTIVE: The aim of this paper was to arrive at an approximation of the value of non-professional (informal) care provided to disabled people living within a household in Spain. METHODS: We used the Survey on Disabilities, Autonomy and

Dependency carried out in 2008 to obtain information about disabled individuals and their informal caregivers. We computed the total number of informal caregiving hours provided by main caregivers in Spain in 2008. The monetary value of informal care time was obtained using three different approaches: the proxy good method, the opportunity cost method and the contingent valuation method. RESULTS: Total hours of informal care provided in 2008 were estimated at 4193 million and the monetary value ranged from EUR23,064 to EUR50,158 million depending on the method used. The value of informal care was estimated at figures equivalent to 1.73-4.90 % of the gross domestic product for that year. CONCLUSION: Informal care represents a very high social cost regardless of the estimation method considered. A holistic approach to care of dependent people should take into account the role and needs of informal caregivers, promote their social recognition and lead to policies that enhance efficient use of formal and informal resources.

Ranci, C. et Pavolini, E. (2015). "Not all that glitters is gold: Long-term care reforms in the last two decades in Europe." *Journal of European Social Policy* 25(3): 270-285.

<http://esp.sagepub.com/content/25/3/270.abstract>

<http://esp.sagepub.com/content/25/3/270>

This article explores changes that took place in long-term care (LTC) policies during the last two decades in six European welfare states. In this regard, it addresses three issues: (1) why reforms took place, (2) the main actors and coalitions driving this process and the institutional mechanisms at work and (3) the main outcomes of reform processes. In order to analyse the development of LTC policies, the article applies theoretical concepts of historical institutionalism. Our interpretation is that institutional change in LTC policy has taken place through a protracted institutional dynamic in which continuity and discontinuity are inextricably linked and where tensions and contradictions have played a crucial role. With regard to outcomes, the article analyses coverage and citizens' social rights, working conditions in the care sector and trajectories of de-/re-familization of care. The final impact is that the level of universalism has generally increased in Europe, but that in part it has adopted a new form of 'restricted universalism', characterized by universal entitlements to LTC benefits constrained by limitations in provision due to financial constraints and budget ceilings.

2014

Anthierens, S., Evi, W., Remmen, R., 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.

Balia, S. et Brau, R. (2014). "A Country for Old Men? Long-Term Home Care Utilization in Europe." *Health Economics* **23**(10): 1185-1212.

<http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1002/%28ISSN%291099-1050/issues>

This paper investigates long-term home care utilization in Europe. Data from the first wave of the Survey on Health, Ageing and Retirement (SHARE) on formal (nursing care and paid domestic help) and informal care (support provided by relatives) are used to study the probability and the quantity of both types of care. The overall process is framed in a fully simultaneous equation system that takes the form of a bivariate two-part model where the reciprocal interaction between formal and informal care is estimated. Endogeneity and unobservable heterogeneity are addressed using a common latent factor approach. The analysis of the relative impact of age and disability on home care utilization is enriched by the use of a proximity to death (PtD) indicator built using the second wave of SHARE. All these indicators are important predictors of home care utilization. In particular, a strong significant effect of PtD is found in the paid domestic help and informal care models. The relationship between formal and informal care moves from substitutability to complementarity depending on the type of care considered, and the estimated effects are small in absolute size. This might call for a reconsideration of the effectiveness of incentives for informal care as instruments to reduce public expenditure for home care services.

Bickenbach, J. (2014). "Universally design social policy: when disability disappears?" *Disabil Rehabil* **36**(16): 1320-1327.

PURPOSE: The aim of this paper is to review and evaluate the legal and policy feasibility of applying the principles of Universal Design (UD) to create a "universalised disability policy" that targets the needs and circumstances of persons with disabilities in light of universal human rights, conscious of individual differences. **METHODS:** Applying modified versions of the principles of UD to disability social policy and using core interpretative strategies for human rights implementation (used in the United Nations' Convention on the Rights of Persons with Disabilities) to illuminate, by analogy, ways to resolve the dilemma between seeking equality and respecting difference. **RESULTS:** The aspirations of UD in architecture and planning - namely to design buildings and cities to accommodate the needs of the widest spectrum of abilities as possible - can successfully be applied to social policy that focuses on the needs and circumstances of persons with disabilities, and which underwrites a blueprint for reform in the delivery of social services. **CONCLUSIONS:** "Universal social policy", and UD, are feasible and desirable approaches to their respective domains, if we adopt a strategy derived from the legal interpretation of human rights implementation. The consequence, however, may be a policy that begins a process of social disappearance of disability. **Implications for Rehabilitation** The well-recognised principles of Universal Design (UD) have analogs for social policy that focuses on the needs of persons with disabilities. Universal social policy is consistent with the rights and aspirations of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Universalising social policy may lead eventually to the disappearance of "disability" as a policy category.

Carrino, L. et Orso, C. E. (2014). Eligibility and inclusiveness of Long-Term Care Institutional frameworks in Europe: a cross-country comparison. *Working Paper*; **28**. Venice University Ca'

Foscari of Venice

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2541246

Although economic literature has recently started to concentrate on the design, the scope and the regulations of main public programmes of Long-Term-Care in Europe, no analysis have, so far, compared different systems in terms of their degree of inclusiveness with respect to vulnerable elderly's health status. Focusing on several European countries, this paper investigate how LTC regulations assess vulnerability, as well as how they define a minimum level of objective-dependency that would entitle individuals to receive public benefits (in-kind or in-cash) for home-based care. Our contribution is threefold. We provide detailed information on assessment and eligibility frameworks for eleven LTC programmes in Europe. We show that substantial heterogeneities exist both at the extensive margin (the health-outcomes that are included in the vulnerability-assessment) and at the intensive margin (the minimum vulnerability threshold that defines benefit eligibility) of the assessment strategies. Building on this information, we compare LTC programmes in terms of their degree of inclusiveness, i.e., we investigate the extent to which each programme is able to cover a standard population of elderly individuals facing functional and cognitive limitations. The comparison is performed following both a directly- and an indirectly-adjusted strategy using SHARE data.

CEE (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).

Courtin, E., Jemiai, N. et Mossialos, E. (2014). "Mapping support policies for informal carers across the European Union." Health Policy.

BACKGROUND: At a time when health and social care services in European countries are under pressure to contain or cut costs, informal carers are relied upon as the main providers of long-term care. However, still little is known about the availability of direct and indirect support for informal carers across the European Union. **METHODS:** Primary data collection in all EU member states was supplemented with an extensive review of the available literature. **RESULTS:** Various forms and levels of support have been implemented across Europe to facilitate the role of informal caregivers. Financial support is the most common type of support provided, followed by respite care and training. Most countries do not have a process in place to systematically identify informal carers and to assess their needs. Policies are often at an early stage of development and the breadth of support varies significantly across the EU. **CONCLUSIONS:** Policy developments are uneven across the member states,

with some countries having mechanisms in place to assess the needs and support informal carers while others are only starting to take an interest in developing support services. Given the unprecedented challenges posed by population ageing, further research and better data are needed to capture and monitor information on informal carers, to help design adequate support policies and eventually to evaluate their impact across the EU

Degrave, F. et Nyssens, M. (2014). La métamorphose des régimes des care : une comparaison des systèmes d'aide à domicile des personnes âgées dépendantes en Allemagne, Belgique, Italie et Royaume-Uni (2000-2012). Charleroi UCL:

<https://uclouvain.be/fr/chercher/cirtes/la-metamorphose-des-regimes-de-care-une-comparaison-des-systemes-d-aide-a-domicile-aux-personnes-agees-dependantes-en-allemande-belgique-italie-et-royaume-uni-crome-0.html>

L'objectif de cette recherche est d'étudier les réponses apportées par les États européens aux besoins en termes de care à domicile, en commençant par les réformes entreprises ces deux dernières décennies. Le rapport vise également à retracer les trajectoires d'évolution des régimes de care contemporains dans 4 pays européens à la lumière des réformes récentes, et plus spécifiquement en rapport avec l'introduction accrue de principes marchands. L'hypothèse est que la tendance générale à la marchandisation a eu des effets différenciés selon les régimes de care nationaux.

Edwards, N. (2014). Community services. How they can transform care. Londres The King's Fund

http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/community-services-nigel-edwards-feb14.pdf

This paper looks at the changes needed to realise the full potential of community services for transforming care. The Transforming Community Services policy, launched in 2008, was mainly concerned with structural changes. While the emphasis on moving care closer to home has resulted in some reductions in length of hospital stay, it is now time to focus on the bigger issue of how services need to change to fundamentally transform care.

Ferri, D. et Giannoumis, G. A. (2014). "A revaluation of the cultural dimension of disability policy in the European Union: the impact of digitization and web accessibility." *Behav Sci Law* **32**(1): 33-51.

Reflecting the commitments undertaken by the EU through the conclusion of the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities (UNCRPD), the European Disability Strategy 2010-2020 not only gives a prominent position to accessibility, broadly interpreted, but also suggests an examination of the obligations for access to cultural goods and services. The European Disability Strategy 2010-2020 expressly acknowledges that EU action will support national activities to make sports, leisure, cultural and recreational organizations and activities accessible, and use the possibilities for copyright exceptions in the Directive 2001/29/EC (Infosoc Directive). This article discusses to what extent the EU has realized the principle of accessibility and the right to access cultural goods and services envisaged in the UNCRPD. Previous research has yet to explore how web accessibility and digitization interact with the cultural dimension of disability policy in the European Union. This examination attempts to fill this gap by discussing to what extent the European Union has put this cultural dimension into effect and how web accessibility policies and the digitization of cultural materials influence these efforts.

Foot, C., Sonora, L., Benett, L., et al. (2014). Managing quality in community health care services.

Pôle documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-soutien-a-domicile-des-personnes-handicapees-et-dependantes.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-soutien-a-domicile-des-personnes-handicapees-et-dependantes.epub

Londres The King's Fund

<http://www.kingsfund.org.uk/publications/managing-quality-community-health-care-services>

Community health services provide vital care for millions of people. Children, families, people with injuries or long-term conditions, older people, and people in their last years of life all use this huge range of services. Demand for community services is growing as more and more people are cared for closer to home. These community services are a key component of our health and care system, but they have been too often overlooked by the national focus on quality. This report uses surveys, interviews and document analysis to gauge how community providers are defining, measuring, managing and improving quality. Our findings show that: there are many examples of local innovation in measuring quality and some robust systems of quality governance in place; community service providers feel that poor availability of information is constraining quality improvement; staff shortages and workforce concerns pose serious risks to delivering quality care as do growing financial, demand and capacity pressures. At a national level, our lack of knowledge about quality in community services is a dangerous blind spot. If policy-makers are truly committed to quality and transparency – and to bringing more care closer to home – then action (résumé de l'éditeur).

2013

Bien, B., McKee, K. J., Dohner, H., et al. (2013). "Disabled older people's use of health and social care services and their unmet care needs in six European countries." *Eur J Public Health* **23**(6): 1032-1038.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23334818>

BACKGROUND: The national health and social care systems in Europe remain poorly integrated with regard to the care needs of older persons. The present study examined the range of health and social care services used by older people and their unmet care needs, across six European countries. **METHODS:** Family carers of older people were recruited in six countries via a standard protocol. Those providing care for disabled older people (n = 2629) provided data on the older person's service use over a 6-month period, and their current unmet care needs. An inventory of 21 services common to all six countries was developed. Analyses considered the relationship between older people's service use and unmet care needs across countries. **RESULTS:** Older people in Greece, Italy and Poland used mostly health-oriented services, used fewer services overall and also demonstrated a higher level of unmet care needs when compared with the other countries. Older people in the United Kingdom, Germany and Sweden used a more balanced profile of socio-medical services. A negative relationship was found between the number of different services used and the number of different areas of unmet care needs across countries. **CONCLUSIONS:** Unmet care needs in older people are particularly high in European countries where social service use is low, and where there is a lack of balance in the use of health and social care services. An expansion of social care services in these countries might be the most effective strategy for reducing unmet needs in disabled older people.

Bień, B., McKee, K. J., Döhner, H., et al. (2013). "Disabled older people's use of health and social care services and their unmet care needs in six European countries." *The European Journal of Public Health* **23**(6): 1032-1038.

Genet, N., Kroneman, M. et Boerma, W. G. (2013). "Explaining governmental involvement in home care across Europe: An international comparative study." *Health policy (Amsterdam,*

Netherlands **110**(1): 84-93.

The involvement of governments in the home care sector strongly varies across Europe. This study aims to explain the differences through the conditions for the involvement of informal care and governments in society; wealth and the demographic structure. As this study could combine qualitative data and quantitative data analyses, it could consider larger patterns than previous studies which were often based on ideographic historical accounts. Extensive data were gathered in 30 European countries, between 2008 and 2010. In each country, policy documents were analysed and experts were interviewed. International variation in regulation and governmental funding of personal care and domestic aid are associated with differences in prevailing values on family care, tax burden and wealth in a country. Hence, this study provides evidence for the obstacles - i.e. country differences - for transferring home care policies between countries. However, longitudinal research is needed to establish whether this is indeed the causal relationship we expect

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* **36 / 146**(3): 189-200.

<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2013-3-page-189.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.

Leichsenring, K. é., Billings, J. éd. et Nies, H. éd. (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).

Schut, E., Sorbe, S. et Hoj, J. (2013). *Health Care Reform and Long-Term Care in the Netherlands. OECD Economics Department Working Papers ; 1010*. Paris OCDE

<http://dx.doi.org/10.1787/5k4dlw04vx0n-en>

The Netherlands, as other OECD countries, faces the challenge of providing high quality health and long-term care services to an ageing population in a cost-efficient manner. In the health care sector, reforms have aimed at introducing more competition. Despite major changes and some positive effects, the reforms run the risk of getting stuck in the middle between a centralised system of state-controlled supply and prices and a decentralised system based on regulated competition, providing insufficient incentives for provision of quality services and expenditure control. The main challenges are to complete the transition

to regulated competition in health care provision, to strengthen the role of health insurers as purchasing agents and to secure cost containment in an increasingly demand-driven health care sector. In 2012, reforms expanded the role of the market in the hospital sector and reinforced budget controls. Both measures are not consistent and may jeopardize both objectives. More competitive markets require, at least, provision of good quality information, appropriate financing and better efficiency incentives. In view of population ageing, current policies mean that the cost of long-term care is set to more than double over the coming decades. Insufficient incentives for cost-efficient purchasing of long-term care should be addressed. However, the government's plan to transfer long-term care purchasing to health insurers is unpromising unless additional measures ensure that insurers bear the associated financial risks. In addition, home care should be further encouraged at the expense of institutional care, while screening and targeting should be improved.

van Sonsbeek, J.-M. et Gradus, R. H. J. M. (2013). "Estimating the Effects of Recent Disability Reforms in the Netherlands." *Oxford Economic Papers* **65**(4): 832-855.

<http://oep.oxfordjournals.org/content/by/year>

In the 1980s and 1990s, disability benefit rates in the Netherlands were among the highest in the world. However, since the beginning of this century the number of disability cases has dropped remarkably due to some very successful policy reforms. An administrative data set concerning Dutch disability benefit recipients from 1999 to 2010 was used to analyse the immediate effects of the recent policy measures on disability inflow and outflow. Three inflow-related measures introduced between 1998 and 2004 have had a large effect on the disability stock, reducing inflow into the disability scheme by over 40 percentage points. The new disability scheme introduced in 2006 created an additional reduction of over 20 percentage points. Effects differ substantially among demographic groups and sectors of economic activities. Furthermore, it is shown that the main outflow-related measure, re-examinations of younger beneficiaries, has had ambiguous effects on the disability stock.

Winters-Van Der Meer, S., Kool, R. B., Klazinga, N. S., et al. (2013). "Are the Dutch long-term care organizations getting better? A trend study of quality indicators between 2007 and 2009 and the patterns of regional influences on performance." *Int J Qual. Health Care* **25**(5): 505-514.

OBJECTIVE: and setting The Dutch long-term care organizations, providing somatic care, psycho-geriatric care and home care, have to measure the quality of care through client-related and professional indicators since 2007. At the same time, competition was introduced with regional stimuli from healthcare insurers. The first aim of this study is to determine the trends of the national performance on client-related and professional quality indicators for the period 2007-09 in long-term care organizations in the Netherlands. The second aim is to determine the influence of the region on the quality performance in 2009. DESIGN: and participants We performed trend analyses on the indicators of clients of 2115 long-term care organizations. We used multivariate analyses to determine the difference in national performance between 2007 and 2009 and to calculate the influence of the region on the performance of 2009. MAIN OUTCOME MEASURES: Client-related and professional indicators. RESULTS: The national performance on client-related indicators for somatic care and home care increased and for psycho-geriatric care the quality performance became worse. The professional indicators for intramural care improved between 2007 and 2009. Region influences the performance. In general, organizations in the west of the Netherlands performed worse than other regions (with exception of home care). CONCLUSIONS: The study suggests that working with quality indicators in long-term care organizations for older people may lead to a better performance on several indicators. The influence of the region

on the quality is significant, which could be caused by Dutch healthcare insurers

2012

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., Willeme, P. et Mot, E. (2012). Long-term care use and supply in Europe : projections for Germany, The Netherlands, Spain and Poland. ENEPRI Research Reports, n°116. Bruxelles ENEPRI

http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/RRNo116_ANCIENWP6_%20ProjectingLTCUse&Supply.pdf

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., Hutchinson, A. é., Kroneman, M. é., et al. (2012). Home care across Europe : current structure and future challenges, Copenhague : 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.

Gori, C. (2012). "Home care in Italy: a system on the move, in the opposite direction to what we expect." *Health Soc Care Community* **20**(3): 255-264.

Nadash, P., Doty, P., Mahoney, K. J., et al. (2012). "European long-term care programs: lessons for community living assistance services and supports?" *Health Serv Res* **47**(1 Pt 1): 309-328.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3447249/pdf/hesr0047-0309.pdf>

OBJECTIVE: To uncover lessons from abroad for Community Living Assistance Services and Supports (CLASS), a federally run voluntary public long-term care (LTC) insurance program created under the Accountable Care Act of 2010. DATA SOURCES: Program administrators and policy researchers from Austria, England, France, Germany, and the Netherlands. STUDY DESIGN: Qualitative methods focused on key parameters of cash for care: how programs set benefit levels; project expenditures; control administrative costs; regulate the use of benefits; and protect workers. DATA COLLECTION/EXTRACTION METHODS: Structured discussions were conducted during an international conference of LTC experts, followed by personal meetings and individual correspondence. PRINCIPAL FINDINGS: Germany's self-financing mandate and tight targeting of benefits have resulted in a solvent program with low premiums. Black markets for care are likely in the absence of regulation; France addresses this via a unique system ensuing legal payment of workers. CONCLUSIONS: Programs in the five countries studied have lessons, both positive and negative, relevant to CLASS design.

Naiditch, M., Genet, N., Hutchinson, A., et al. (2012). *Home care across Europe : case studies*. Copenhague, OMS Bureau régional de l'Europe

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., Genet, N. é., Boerma, W. é., 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/publications/abstracts/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.

Naiditch, M., Genet, N. é., Hutchinson, A. é., 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.

OMS (2012). Rapport mondial sur le handicap 2011. Genève OMS
http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/fr/index.html
http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789240688193_fre_full.pdf

Ce premier rapport mondial sur le handicap produit conjointement par l'OMS et la Banque mondiale estime que plus d'un milliard de personnes aujourd'hui dans le monde souffriraient d'un handicap. Les personnes handicapées sont généralement en plus mauvaise santé, atteignent des niveaux d'éducation plus bas et présentent des taux plus élevés de pauvreté que les personnes non handicapées. Cette situation est due, dans une large mesure, au manque de services à leur disposition et aux nombreux obstacles qu'elles rencontrent dans leur vie de tous les jours. Le rapport fournit les meilleures données disponibles sur les moyens qui fonctionnent pour surmonter les obstacles pour accéder aux soins de santé, à la réhabilitation, à l'instruction; à l'emploi et aux services d'appui, et pour créer un environnement favorisant l'épanouissement des personnes handicapées. Il se termine par un ensemble concret d'actions recommandées pour les gouvernements et leurs partenaires.

Paraponaris, A., Davin, B. et Verger, P. (2012). "Formal and informal care for disabled elderly living in the community: an appraisal of french care composition and costs." European Journal of Health Economics (The) **13**(3): 327–336(

Choices between formal and informal care for disabled elderly people living at home are a key component of the long-term care provision issues faced by an ageing population. This paper aims to identify factors associated with the type of care (informal, formal, mixed or no care at all) received by the French disabled elderly and to assess the care's relative costs. This paper uses data from a French survey on disability; the 3,500 respondents of interest lived at home, were aged 60 and over, had severe disability and needed help with activities of daily living. We use a multinomial probit model to determine factors associated with type of care. We also assess the cost of care with the help of the proxy good method. One-third of disabled elderly people receive no care. Among those who are helped, 55% receive informal, 25% formal, and 20% mixed care. Low socioeconomic status increases difficulties in accessing formal care. The estimated economic value of informal care. Public policies should pay more attention to inequalities in access to community care. They also should better support informal care, through respite care or workplace accommodations (working hours rescheduling or reduction for instance) not detrimental for the career of working caregivers

Yeandle, S., Kruger, T. et Cass, B. (2012). "Voice and choice for users and carers? Developments in patterns of care for older people in Australia, England and Finland." Journal of European Social Policy **22**(4): 432-445.

<http://esp.sagepub.com/content/22/4/432.abstract>

Pôle documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-soutien-a-domicile-des-personnes-handicapees-et-dependantes.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-soutien-a-domicile-des-personnes-handicapees-et-dependantes.epub

This article identifies key trends over the last 20 years in residential and community care for older people in England, Finland and Australia, investigating the extent of 'de-institutionalisation', 'privatisation' and 'individualisation'. The concepts of collective and individual 'voice' and 'choice' are used to interrogate the roles of collective and individual actors, older people and carers, in influencing policy formulation. While these three processes have been pursued by policy-makers in each country, their implementation is illuminated by understanding how 'voice' and 'choice' have been operationalised – individually and collectively – in each context. In the reshaping of eldercare in the three states, the analysis identifies the greater influence of claims-making by family carers, who provide the informal bastion of formal care services in the push to de-institutionalisation, in comparison with the collective and individual voices of older people as 'service users'.

2011

Balia, S. et Brau, R. (2011). A Country for Old Men? An Analysis of the Determinants of Long-Term Home Care in Europe. *Working papers ; 2011/04*. Cagliari Crenos
<http://d.repec.org/n?u=RePEc:cns:cncswp:201104&r=hea>

This paper investigates long-term home care utilisation in Europe. It uses data from SHARE on formal (nursing care or paid domestic help) and informal care (support provided by relatives) to study the probability and the number of hours of both types of care received. It addresses endogeneity and unobservable heterogeneity in a common latent factors framework. It finds that age, disability and proximity-to- death are important joint predictors of home care utilisation. Unlike some previous studies, it finds that increasing the number of hours of informal support does not lead to a reduction in formal care utilisation.

Bradley, L. (2011). Home care in London. Londres IPPR

Over the next two decades, the number of people aged over 80 is set to double in Britain. Public services must adapt to the challenge that this poses, central to which is the need to deliver social care to older people. Home-based care has the potential to reduce the pressure on more costly public services such as hospital beds and care home places. It can also enable older people to enjoy the benefits gained from remaining in their homes and communities for longer, significantly improving their quality of life.

Columbo, F., Mercier, J. et Jagger, C. (2011). "Ageing and long-term care." *Eurohealth* 17(2-3)
http://www.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/outputs/eurohealth/eurohealth_volume_17_no2-3_individual_articles.aspx

This issue of Eurohealth looks at meeting the challenge of ageing and long-term care. Articles cover European and OECD countries with topics including: future demand, cost projections, chronic diseases, remote care, workforce issues, etc. Other articles include: the European Directive on cross-border health care (England); the future of NICE (England); and the effects of hospital ownership on performance (Germany)

Costa-Font, J. (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

Curry, N., Mundle, C. et Shei, F. (2011). The voluntary and community sector in health : Implications of the proposed NHS reforms. Londres The King's Fund
http://www.kingsfund.org.uk/publications/securing_good.html

The government's proposed reforms to the health and social care system include clear aspirations for the voluntary and community sector as a provider of health services, a source of support for commissioning and a partner in tackling health inequalities. However, the reforms also present a number of challenges and risks. This report considers the main opportunities and challenges facing the sector. It discusses what needs to happen to ensure the sector can flourish in the new system and what it needs to do to grasp new opportunities. As an existing provider of services and of knowledge about local needs, the voluntary and community sector can develop its role in helping the NHS deliver better, more efficient care. But the likely impact of the reforms is uncertain. In a best case scenario, the voluntary and community sector would be empowered as a real partner to GP consortia and health and wellbeing boards, but in the worst case scenario the sector will be left struggling to forge new relationships and unable to survive in the competitive market. Based on a joint project between The King's Fund and the National Council for Voluntary Organisations, this paper includes a number of recommendations, aimed at national policy-makers, local bodies and the voluntary and community sector itself, to ensure that the sector can grasp this opportunity to participate fully in the new health and social care system. These include ensuring that: commissioning consortia and health and wellbeing boards are required to involve and engage with the sector; new and innovative funding mechanisms are developed to ensure the sector can compete on a level playing field with private and NHS providers; the voluntary and community sector takes a strategic approach to the future by addressing its development needs, urgently tackling the need to better measure and demonstrate its value and overcoming issues of internal fragmentation.

Damiani, G., Farelli, V., Anselmi, D., et al. (2011). "Patterns of Long Term Care in 29 European countries: evidence from an exploratory study." Bmc Health Services Research **11**(316)<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-11-316>

The challenges posed by the rapidly ageing population, and the increased preponderance of disabled people in this group, coupled with the rising level of public expenditure required to service the complex organization of long term care (LTC) delivery are causing increased pressure on LTC systems in Europe. A pan-European survey was carried out to evaluate whether patterns of LTC can be identified across Europe and what are the trends of the countries along them. An ecological study was conducted on the 27 EU Member States plus Norway and Iceland, referring to the period 2003-2007. Several variables related to organizational features, elderly needs and expenditure were drawn from OECD Health Data and the Eurostat Statistics database and combined using Multiple Factor Analysis (MFA). Two global Principal Components were taken into consideration given that their expressed total variance was greater than 60%. They were interpreted according to the higher (more than 0.5) positive or negative correlation coefficients between them and the original variables; thus patterns of LTC were identified. High alignment between old age related expenditure and elderly needs characterizes Nordic and Western European countries, the former also

having a higher level of formal care than the latter. Mediterranean as well as Central and South Eastern European countries show lower alignment between old age related expenditure and elderly needs, coupled with a level of provision of formal care that is around or slightly above the average European level. In the dynamic comparison, linear, stable or unclear trends were shown for the studied countries. The analysis carried out is an explorative and descriptive study, which is an attempt to reveal patterns and trends of LTC in Europe, allowing comparisons between countries. It also stimulates further researches with lower aggregated data useful to gain meaningful policy-making evidence.

De Coppet, C. et Le Bihan, B. (2011). "Dépendance : où en sont les pays du sud de l'Europe ?" Le Lien - Le Mensuel des associations ADMR(687): 4-6.

Le Lien poursuit son enquête sur les modèles de prise en charge de la dépendance en Europe. Dans ce numéro, focus sur trois pays du Sud : l'Espagne, la Grèce, l'Italie. Ces pays ont longtemps fait reposer la prise en charge de la dépendance sur les familles. Un choix collectif progressivement remis en question aujourd'hui avec la hausse du taux d'emploi féminin et le vieillissement de la population, plus rapide et plus prononcé que la moyenne européenne.

Genet, N., Boerma, W. G., Kringos, D. S., et al. (2011). "Home care in Europe: a systematic literature review." Bmc Health Services Research 11: 207-207.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21878111>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3170599/>

BACKGROUND: Health and social services provided at home are becoming increasingly important. Hence, there is a need for information on home care in Europe. The objective of this literature review was to respond to this need by systematically describing what has been reported on home care in Europe in the scientific literature over the past decade. **METHODS:** A systematic literature search was performed for papers on home care published in English, using the following data bases: Cinahl, the Cochrane Library, Embase, Medline, PsycINFO, Sociological Abstracts, Social Services Abstracts, and Social Care Online. Studies were only included if they complied with the definition of home care, were published between January 1998 and October 2009, and dealt with at least one of the 31 specified countries. Clinical interventions, instrument developments, local projects and reviews were excluded. The data extracted included: the characteristics of the study and aspects of home care 'policy & regulation', 'financing', 'organisation & service delivery', and 'clients & informal carers'. **RESULTS:** Seventy-four out of 5,133 potentially relevant studies met the inclusion criteria, providing information on 18 countries. Many focused on the characteristics of home care recipients and on the organisation of home care. Geographical inequalities, market forces, quality and integration of services were also among the issues frequently discussed. **CONCLUSIONS:** Home care systems appeared to differ both between and within countries. The papers included, however, provided only a limited picture of home care. Many studies only focused on one aspect of the home care system and international comparative studies were rare. Furthermore, little information emerged on home care financing and on home care in general in Eastern Europe. This review clearly shows the need for more scientific publications on home care, especially studies comparing countries. A comprehensive and more complete insight into the state of home care in Europe requires the gathering of information using a uniform framework and methodology.

Gimbert, V. et Malochet, G. (2011). Les défis de l'accompagnement du grand âge. Perspectives internationales pour éclairer le débat national sur la dépendance. Paris CAS

Ce rapport du Centre d'analyse stratégique propose une analyse comparée des systèmes de prise en charge de la dépendance dans six pays de l'Union européenne (Allemagne, Danemark, Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède), ainsi qu'aux États-Unis et au Japon. Il s'agit de resituer le débat national sur la dépendance dans un contexte international en mouvement, de nombreux pays ayant déjà amorcé des réformes ou étant sur le point de le faire. Il est regrettable que ce document fort intéressant sorte aussi tardivement, une fois le débat national achevé, alors que le président devrait annoncer sous peu les grandes orientations de la réforme de la dépendance.

Goodman, C., Drennan, V., Scheibl, F., et al. (2011). "Models of inter professional working for older people living at home: a survey and review of the local strategies of English health and social care statutory organisations." *BMC Health Serv Res* **11**: 337.

BACKGROUND: Most services provided by health and social care organisations for older people living at home rely on interprofessional working (IPW). Although there is research investigating what supports and inhibits how professionals work together, less is known about how different service models deliver care to older people and how effectiveness is measured. The aim of this study was to describe how IPW for older people living at home is delivered, enacted and evaluated in England. **METHOD:** An online survey of health and social care managers across England directly involved in providing services to older people, and a review of local strategies for older people services produced by primary care organisations and local government adult services organisations in England. **RESULTS:** The online survey achieved a 31% response rate and search strategies identified 50 local strategies that addressed IPW for older people living at home across health and social care organisations. IPW definitions varied, but there was an internal consistency of language informed by budgeting and organisation specific definitions of IPW. Community Services for Older People, Intermediate Care and Re-enablement (rehabilitation) Teams were the services most frequently identified as involving IPW. Other IPW services identified were problem or disease specific and reflected issues highlighted in local strategies. There was limited agreement about what interventions or strategies supported the process of IPW. Older people and their carers were not reported to be involved in the evaluation of the services they received and it was unclear how organisations and managers judged the effectiveness of IPW, particularly for services that had an open-ended commitment to the care of older people. **CONCLUSION:** Health and social care organisations and their managers recognise the value and importance of IPW. There is a theoretical literature on what supports IPW and what it can achieve. The need for precision may not be so necessary for the terms used to describe IPW. However, there is a need for shared identification of both user/patient outcomes that arise from IPW and greater understanding of what kind of model of IPW achieves what kind of outcomes for older people living at home.

Kamette, F. (2011). "Analyse comparée. La prise en charge de la dépendance dans l'Union européenne." *Questions D'Europe*(196)

http://www.robert-schuman.eu/doc/questions_europe/qe-196-fr.pdf

Le vieillissement de la population conjugué à l'affaiblissement des solidarités familiales, lui-même lié au travail des femmes et à l'urbanisation croissante, font de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées un problème commun à tous les pays européens. L'analyse de la manière dont six d'entre eux traitent ce problème illustre la diversité des solutions possibles. L'Allemagne et l'Espagne ont mis en place des dispositifs spécifiques et globaux de prise en charge de la dépendance, à la différence du Danemark, où les prestations des

services sociaux locaux ont progressivement évolué pour tenir compte des besoins de la population vieillissante. L'Angleterre, l'Italie et les Pays-Bas établissent une distinction entre les soins et les autres prestations dont les personnes en perte d'autonomie ont besoin, les premiers relevant du système de santé et les secondes étant fournies par les collectivités locales.

Martinez-Leal, R., Salvador-Carulla, L., Linehan, C., et al. (2011). "The impact of living arrangements and deinstitutionalisation in the health status of persons with intellectual disability in Europe." *J Intellect Disabil Res* **55**(9): 858-872.

BACKGROUND: Despite progress in the process of deinstitutionalisation, very little is known about the health conditions of people with intellectual disability (PWID) who live in large institutions and PWID living in small residential services, family homes or independent living within the community. Furthermore, there are no international comparison studies at European level of the health status and health risk factors of PWID living in fully staffed residential services with formal support and care compared with those living in unstaffed family homes or independent houses with no formal support. **METHODS:** A total of 1269 persons with ID and/or their proxy respondents were recruited and face-to-face interviewed in 14 EU countries with the P15, a multinational assessment battery for collecting data on health indicators relevant to PWID. Participants were grouped according to their living arrangements, availability of formal support and stage of deinstitutionalisation. **RESULTS:** Obesity and sedentary lifestyle along with a number of illnesses such as epilepsy, mental disorders, allergies or constipation were highly prevalent among PWID. A significantly higher presence of myocardial infarctions, chronic bronchitis, osteoporosis and gastric or duodenal ulcers was found among participants in countries considered to be at the early stage of deinstitutionalisation. Regardless of deinstitutionalisation stage, important deficits in variables related to such medical health promotion measures as vaccinations, cancer screenings and medical checks were found in family homes and independent living arrangements. Age, number of people living in the same home or number of places in residential services, presence of affective symptoms and obesity require further attention as they seem to be related to an increase in the number of illnesses suffered by PWID. **DISCUSSION:** Particular illnesses were found to be highly prevalent in PWID. There were important differences between different living arrangements depending on the level of formal support available and the stage of deinstitutionalisation. PWID are in need of tailored primary health programs that guarantee their access to quality health and health promotion and the preventative health actions of vaccination programs, systematic health checks, specific screenings and nutritional controls. Extensive national health surveys and epidemiological studies of PWID in the EC member states are urgently needed in order to reduce increased morbidity rates among this population.

Neget, N., Boerma, W. G. W., Kringos, D. S., et al. (2011). "Home care in Europe: a systematic literature review." *Bmc Health Services Research* **11**(207)

Health and social services provided at home are becoming increasingly important. Hence, there is a need for information on home care in Europe. The objective of this literature review was to respond to this need by systematically describing what has been reported on home care in Europe in the scientific literature over the past decade.

Obsan (2011). La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée. Scénarios actualisés pour la Suisse. Neuchâtel Observatoire Suisse de la Santé. (O.B.S.A.N.) ; Bern Hans HÜber:

Cette publication présente et discute les tendances importantes et les développements les plus récents concernant le besoin en soins et les soins de longue durée. Les maladies de démence, qui représentent un défi de taille pour les soins des personnes âgées, sont notamment prises en considération. En résumé, cette publication souligne que l'avenir des soins des personnes âgées ne sera pas marqué uniquement par une augmentation du nombre de personnes tributaires de soins, mais que s'esquissent parallèlement des changements qualitatifs significatifs concernant les arrangements de soins ambulatoires-stationnaires et informels-formels. Cette publication présente et discute les tendances importantes et les développements les plus récents concernant le besoin en soins et les soins de longue durée. Les maladies de démence, qui représentent un défi de taille pour les soins des personnes âgées, sont notamment prises en considération. En résumé, cette publication souligne que l'avenir des soins des personnes âgées ne sera pas marqué uniquement par une augmentation du nombre de personnes tributaires de soins, mais que s'esquissent parallèlement des changements qualitatifs significatifs concernant les arrangements de soins ambulatoires-stationnaires et informels-formels.

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, Bruxelles : ENEPRI

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

Riedel, M., Kraus, M., European Network of Economic Policy Research Institutes, et al. (2011). Informal Care Provision in Europe : Regulation and Profile of Providers. Bruxelles, ENEPRI

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 compare 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.

Rosso-Debord, V. (2011). La prise en charge de la dépendance en Europe. Paris, Assemblée Nationale <http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/europe/rap-info/i3667.pdf>

Dans une perspective comparative et, pour l'essentiel, européenne, le présent rapport expose la manière dont les différents pays mènent une politique en faveur des personnes

âgées dépendantes, dont l'augmentation du nombre est l'une des conséquences des évolutions démographiques récentes. Il rappelle d'abord qu'en dépit de leur caractère récent, les politiques menées sont assez diverses, mais qu'elles tendent à se rapprocher en raison de la nécessité partagée de faire face, grâce à des mesures voisines, au même défi de l'augmentation du nombre. Il développe ensuite plus particulièrement les mesures mises en œuvre chez trois de nos principaux partenaires en Europe, l'Allemagne, les Pays-Bas et le Royaume-Uni, avant d'exposer les principales solutions mises en œuvre pour répondre aux questions majeures : le financement ; la prévention et la définition de la dépendance ; la garantie de la dignité ; le choix entre l'hébergement et le placement en institution ; la coordination entre les différents acteurs. (R.A.).

Rostgaard, T. c. (2011). LIVINDHOME. Living independently at home. Reforms in home care in 9 European countries. København Danish National Centre for Social Research

<http://www.york.ac.uk/inst/spru/research/pdf/livindhome.pdf>

This study identifies how 9 European countries have reformed their home help systems for elderly and disabled, by identifying the drivers of changes and responses in the organisation, provision, regulation and quality of home care/help. Cross-national variation in reforms in home care policies influence the involvement of different care sectors and the use of services vs. cash benefits, shape the degree of formalisation/informalisation and the degree of professionalization, and also contribute to the quality of care. The study provides a timely overview of recent reforms in the organisation and governance of home care systems in 9 European countries, and elucidates what are the intended and unintended results of the reforms, in particular how reforms have affected outcome for users.

2010

Commission Européenne. (2010). Communication de la commission au parlement européen, au conseil, au comité économique et social européen et au comité des régions : stratégie européenne 2010-2020 en faveur des personnes handicapées : un engagement renouvelé pour une Europe sans entraves

L'objectif général de la stratégie 2010-2020 est de mettre les personnes handicapées en mesure d'exercer l'ensemble de leurs droits et de tirer pleinement parti de leur participation à la société et à l'économie européenne. Cette stratégie s'appuie sur des actions au niveau européen destinées à compléter celles entreprises à l'échelon national, elle définit également les mécanismes essentiels à l'application de la Convention des Nations Unies dans l'Union européenne, y compris au sein des institutions européennes, et détermine le soutien indispensable au financement, à la recherche, à la sensibilisation et au recueil de statistiques et de données. Elle met l'accent sur la suppression des entraves auxquelles se heurtent les personnes handicapées. La Commission a répertorié huit principaux domaines d'action : l'accessibilité, la participation, l'égalité, l'emploi, l'éducation et la formation, la protection sociale, la santé, l'action extérieure. Un cadre de suivi sera mis en place afin de promouvoir, de préserver et de suivre l'application de la Convention des Nations Unies. Celle-ci proposera un cadre de fonctionnement visant à faciliter son application en Europe sans entraîner de contraintes administratives. D'ici la fin de l'année 2013, la Commission rendra compte des progrès accomplis dans le cadre de cette stratégie.

Da Roit, B. (2010). Strategies of care: Changing elderly care in Italy and the Netherlands, Amsterdam University Press

Johansson, G., Eklund, K. et Gosman-Hedstrom, G. (2010). "Multidisciplinary team, working with elderly persons living in the community: a systematic literature review." Scand J Occup Ther **17**(2): 101-116.

As the number of elderly persons with complex health needs is increasing, teams for their care have been recommended as a means of meeting these needs, particularly in the case of elderly persons with multi-diseases. Occupational therapists, in their role as team members, exert significant influence in guiding team recommendations. However, it has been emphasized that there is a lack of sound research to show the impact of teamwork from the perspective of elderly persons. The aim of this paper was to explore literature concerning multidisciplinary teams that work with elderly persons living in the community. The research method was a systematic literature review and a total of 37 articles was analysed. The result describes team organisation, team intervention and outcome, and factors that influence teamwork. Working in a team is multifaceted and complex. It is important to enhance awareness about factors that influence teamwork. The team process itself is also of great importance. Clinical implications for developing effective and efficient teamwork are also presented and discussed.

Mot, E. (2010). The Dutch system of long-term care. CPB Document Paper; 204. La Hague CPB <http://www.cpb.nl/sites/default/files/publicaties/download/dutch-system-long-term-care.pdf>

This document describes the Dutch system of long-term care (LTC) for the elderly. An overview of LTC policy is also given. This document is part of the first stage of the European project ANCIEN (Assessing Needs of Care in European Nations), commissioned by the European Commission under the Seventh Framework Programme (FP7). Since the first stage of the project aims to facilitate structured comparisons of the organisation of LTC for the elderly in different countries, comparable reports have been written for most other European countries (including new member states). Future analyses in subsequent work packages within the project will build on these country reports.

Schulz, E. (2010). The long-term care system in Denmark, Berlin : DIW http://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.359021.de/dp1038.pdf

This document provides an overview of the long-term care system, the number and development of beneficiaries and the long-term care policy in Denmark. The report is part of the first stage of the European project ANCIEN (Assessing Needs of Care in European Nations), commissioned by the European Commission under the Seventh Framework Programme (FP7). The first part of the project aims to facilitate structured comparison of the long-term care systems and policies in European Nations. Thus, this report is one of comparable reports provided for most European countries

Schulz, E. (2010). The long-term care system in Germany. Discussion paper ; 1039. Berlin DIW: http://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.359024.de/dp1039.pdf

This document provides an overview of the long-term care system, the number and development of beneficiaries and the long-term care policy in Germany. The report is part of the first stage of the European project ANCIEN (Assessing Needs of Care in European Nations), commissioned by the European Commission under the Seventh Framework Programme (FP7). The first part of the project aims to facilitate structured comparison of the long-term care systems and policies in European Nations. Thus, this report is one of

comparable reports provided for most European countries

Zuchandke, A., Reddemann, S., Krummaker, S., et al. (2010). "Impact of the Introduction of the Social Long-Term Care Insurance in Germany on Financial Security Assessment in Case of Long-Term Care Need." Geneva Papers on Risk and Insurance: Issues and Practice **35**(4): 626-643.
<http://www.palgrave-journals.com/gpp/archive/index.html>

The discussion concerning long-term care insurance in Germany barely exceeds the financial state of the social system. The view of the insured involved is largely ignored. This paper analyses the effect of the introduction of compulsory long-term care insurance in 1995 in Germany on the perception of financial security when needing long-term care. Using different regression techniques on a subset of the German Socio-Economic Panel (SOEP) data, we show that the introduction led to a general positive shift of the assessment. Furthermore, experience with long-term care had no significant effect before the introduction but a positive effect afterwards. Also, the perception of financial security is found to be increasing with income at both times with similar magnitudes.

ÉTUDES : AUSTRALIE, CANADA, ÉTATS-UNIS, JAPON....

2018

Palesy, D., Jakimowicz, S., Saunders, C., et al. (2018). "Home care in Australia: an integrative review." Home Health Care Serv Q **37**(2): 113-139.

The home care sector comprises one of Australia's fastest growing workforces, yet few papers capture the overall landscape of Australian home care. This integrative review investigates home care with the aim of better understanding care recipients and their needs, funding, and regulation; care worker skills, tasks, demographics, employment conditions, and training needs. Over 2,700 pieces of literature were analyzed to inform this review. Results suggest sector fragmentation and a home care workforce who, although well-placed to improve outcomes for care recipients, are in need of better training and employment support. Suggestions for future research regarding Australian home care include studies that combine both aged and disability aspects of care, more research around care recipients, priority needs and strategies for addressing them, and how best to prepare home care workers for their roles.

2017

Crossley, M. (2017). Community Integration of People with Disabilities: Can Olmstead Protect Against Retrenchment? U. of Pittsburgh Legal Studies Research Paper ; 2017-27. Pittsburgh University of Pittsburgh School of Law
https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3058804

Since the passage of the Americans with Disabilities Act (ADA) in 1990, states have made significant progress in enabling Americans with disabilities to live in their communities, rather than institutions. That progress reflects the combined effect of the Supreme Court's holding in *Olmstead v. L.C. ex rel. Zimring*, that states' failure to provide services to disabled persons in the community may violate the ADA, and amendments to Medicaid that permit states to devote funding to home and community-based services (HCBS). This article

considers whether Olmstead and its progeny could act as a check on a potential retrenchment of states' support for HCBS in the event that states face severe reductions in federal funding for Medicaid, as was threatened by Republican efforts in 2017 to "repeal and replace" the Affordable Care Act and to restructure Medicaid. The article concludes that Olmstead provides a strong basis for challenging a state's elimination or severe curtailment of existing HCBS programs, but that the fact-specific nature of a state's likely "fundamental alteration" defense precludes predicting the outcome of such a challenge. Despite this legal uncertainty, protests mounted by people with disabilities, in which they demanded freedom from institutionalization, may have helped cement the idea that community integration is a civil right in the public's mind.

Friedman, C. (2017). "Community integration of people with intellectual and developmental disabilities: A national longitudinal analysis." *Disability and Health Journal* 10(4): 616-620.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1936657416301935>

Abstract: Background Medicaid Home and Community Based Services (HCBS) 1915(c) waivers are the largest providers of long-term supports and services (LTSS) for people with intellectual and developmental disabilities (IDD) in the United States. National and longitudinal analyses of HCBS 1915(c) waivers for people with IDD are critical because of changes in the fiscal landscape, the variability produced by states ability to flexibly customize their programs, and the significant changes required by the HCBS final settings rule. **Objective/Hypothesis** The aim of this study was to determine spending allocations and state priorities for LTSS for people with IDD through Medicaid HCBS waivers over a five-year period (fiscal year 2011 to fiscal year 2015). **Methods** Medicaid HCBS 1915(c) waivers for people with IDD from fiscal year (FY) 2011 to FY 2015 were analyzed to determine total projected spending, unduplicated participants, and average spending per participant across fiscal years and states. Over 10,000 services from the five years were also analyzed to determine service priorities. **Results** This longitudinal analysis of HCBS IDD waiver allocation revealed large fluctuation across five years in terms of total participants, total spending, and average spending per participant. Trends also revealed a shifting away from residential habilitation settings towards supports for living in one's own home. **Conclusions** When revising waivers to meet the Final Settings Rule, states should utilize our findings to determine areas of need and how to best apply limited funding.

Hsu, M. et Yamada, D. (2017). Population Aging, Health Care, and Fiscal Policy Reform: The challenges for Japan. *RIETI Discussion paper series 17-E-038*. Tokyo Research Institute of Economy, Trade and Industry
<http://www.rieti.go.jp/jp/publications/dp/17e038.pdf>

This paper quantitatively studies the influence of a rapidly aging population on the financing of a public universal health insurance system and the corresponding fiscal policies. We construct a general equilibrium life-cycle model to investigate the effects of aging and evaluate various policy alternatives designed to lessen the negative influence of aging. In particular, we analyze the reforms of insurance benefits and tax financing tools that were the recent focus of a great amount of attention and debate in Japan because of the tense financial situation. We show that although the potential reforms significantly improve the welfare of future generations, political implementation of such reforms is difficult because of the large welfare costs for the current population. Our analysis suggests that a gradual reform with an intergenerational redistribution will be more implementable politically than a sudden reform.

2016

Ansah, J. P., Machtar, D. B. et Malhotra, R. (2016). "Projecting the effects of long-term care policy on the labor market participation of primary informal family caregivers of elderly with disability: insights from a dynamic simulation model." *Bmc Geriatrics* **16**(69)
<http://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-016-0243-0>

Background: Using Singapore as a case study, this paper aims to understand the effects of the current long-term care policy and various alternative policy options on the labor market participation of primary informal family caregivers of elderly with disability. Methods: A model of the long-term care system in Singapore was developed using System Dynamics methodology. Results: Under the current long-term care policy, by 2030, 6.9 percent of primary informal family caregivers (0.34 percent of the domestic labor supply) are expected to withdraw from the labor market. Alternative policy options reduce primary informal family caregiver labor market withdrawal; however, the number of workers required to scale up long-term care services is greater than the number of caregivers who can be expected to return to the labor market. Conclusions: Policymakers may face a dilemma between admitting more workers to provide long-term care services and depending on primary informal family caregivers.

Boheim, R. et Leoni, T. (2016). Disability policies: Reform strategies in a comparative perspective. *NBER Working Paper Series ; 22206*. Cambridge NBER
<http://www.nber.org/papers/w22206>

We analyze different disability policy strategies using policy scores developed by the OECD for the period 1990 to 2007. Applying model-based and hierarchical agglomerative clustering, we investigate the existence of distinct country clusters, characterized by particular policy combinations. In spite of common trends in policy re-orientation, our results indicate that the reforms of the last two decades led to more, not less, heterogeneity between country groups in terms of sickness and disability policy. A set of Northern and Continental European countries emerges as a distinct cluster characterized by its particular combination of strong employment-oriented policies and comparatively high protection levels. A qualitative review of policy changes in the most recent years suggests that the gap between these countries and the rest might have further increased. We embed our empirical analysis in a theoretical framework to identify the objectives and the main components of a comprehensive disability policy strategy. The objectives of such a strategy can be subsumed under three headings, representing strategy pillars: prevention and treatment; protection and insurance; and activation and re-integration. Not all these dimensions are covered equally well by the OECD policy scores and will have to be further investigated.

2015

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.

Hisao, S. (2015). "Institutional Reform of Disability Policy (2009-14) in Japan: The Process and Outcome." Journal of social policy and social work(19).

The efforts of recent policy reform in Japan were analyzed and nine outcomes were extracted. The reform was carried out to harmonize existing laws with the Convention of the Rights of Persons with Disabilities before its ratification. The reform process was characterized by substantial participation of persons with disabilities and their family members. The products of the reform include: (1) establishment of Policy Monitoring System involving DPO participation, (2) enactment of advocacy legislations, (3) expansion of legal definition of persons with disabilities, (4) resolution of the issue of uncovered population in the national disability survey, (5) development of ideas in disability laws, (6) employment of "social model view" in policy, (7) ratification of Convention of the Rights of Persons with Disabilities, (8) five "compass" documents for disability policy, and (9) stronger tie among DPOs. However, serious gaps still exist between disability policy and legislations and the Convention, and further development is needed.

2014

Cammer, A., Morgan, D., Stewart, N., et al. (2014). "The hidden complexity of long-term care: how context mediates knowledge translation and use of best practices." The Gerontologist **54**(6): 1013-1023.

PURPOSE: Context is increasingly recognized as a key factor to be considered when addressing healthcare practice. This study describes features of context as they pertain to knowledge use in long-term care (LTC). **DESIGN AND METHODS:** As one component of the research program Translating Research in Elder Care, an in-depth qualitative case study was conducted to examine the research question "How does organizational context mediate the use of knowledge in practice in long-term care facilities?" A representative facility was chosen from the province of Saskatchewan, Canada. Data included document review, direct observation of daily care practices, and interviews with direct care, allied provider, and administrative staff. **RESULTS:** The Hidden Complexity of Long-Term Care model consists of 8 categories that enmesh to create a context within which knowledge exchange and best practice are executed. These categories range from the most easily identifiable to the least observable: physical environment, resources, ambiguity, flux, relationships, and philosophies. Two categories (experience and confidence, leadership and mentoring) mediate the impact

of other contextual factors. Inappropriate physical environments, inadequate resources, ambiguous situations, continual change, multiple relationships, and contradictory philosophies make for a complicated context that impacts care provision. IMPLICATIONS: A hidden complexity underlays healthcare practices in LTC and each care provider must negotiate this complexity when providing care. Attending to this complexity in which care decisions are made will lead to improvements in knowledge exchange mechanisms and best practice uptake in LTC settings

Ikegami, N., Ishibashi, T. et Amano, T. (2014). Japan's long-term care regulations focused on structure - rationale and future prospects. Regulating long-term care quality: an international comparison. Cambridge University Press: 121-144.

Ishii, K. (2014). Système de prise en charge des personnes âgées dépendantes : une étude comparative entre la France et le Japon. Noisy-le-Grand IRES
http://www.ires.fr/images/files/EtudesAO/CFECGC/Rapport_CFECGC_personnes_agees_prises_en_charge_France_japon_2013.pdf

Cette étude analyse les systèmes de prise en charge à domicile des personnes âgées dépendantes au Japon et en France. En s'appuyant sur deux méthodes comparatives (comparaison institutionnelle et étude de cas-types), l'objectif est de caractériser les bases (notamment politiques) des différences entre ces deux systèmes et de mettre en exergue des similarités parfois fondamentales mais peu visibles. L'étude est constituée de trois parties. La première présente l'évolution démographique et retrace l'émergence des politiques concernant les personnes âgées dans les deux pays. La deuxième compare les principaux dispositifs d'un point de vue institutionnel à travers l'étude de quatre dimensions : le mode de financement, le critère d'accès, la nature de la prestation et l'organisation et la gestion. Finalement, une comparaison par les cas-types permet d'analyser l'impact des divers dispositifs en se plaçant du point de vue de l'utilisateur.

Mor, V., Leone, T. et Maresso, A. (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).

Tsutsui, T. (2014). "Implementation process and challenges for the community-based integrated care system in Japan." International Journal of Integrated Care **14**

Background: Since 10 years ago, Japan has been creating a long-term vision to face its peak in

the number of older people that will be reached in 2025 when baby boomers will turn 75 years of age. In 2003, the government set up a study group called "Caring for older people in 2015" which led to a first reform of the Long-Term Care Insurance System in 2006. This study group was the first to suggest the creation of a community-based integrated care system. Reforms: Three measures were taken in 2006: 'Building an active ageing society: implementation of preventive care services', 'Improve sustainability: revision of the remuneration of facilities providing care' and 'Integration: establishment of a new service system'. These reforms are at the core of the community-based integrated care system. Discussion: The socialization of long-term care that came along with the ageing of the population, and the second shift in Japan towards an increased reliance on the community can provide useful information for other ageing societies. As a super ageing society, the attempts from Japan to develop a rather unique system based on the widely spread concept of integrated care should also become an increasing focus of attention.

2012

Barry, C. L., Carlson, M. D., Thompson, J. W., et al. (2012). "Caring for grieving family members: results from a national hospice survey." *Med Care* **50**(7): 578-584.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3374048/pdf/nihms-353252.pdf>

BACKGROUND: : A founding principle of hospice is that the patient and family is the unit of care; however, we lack national information on services to family members. Although Medicare certification requires bereavement services be provided, reimbursement rates are not tied to the level or quality of care; therefore, limited financial incentives exist for hospice to provide more than a minimal benefit. **OBJECTIVES:** : To assess the scope and intensity of services provided to family members by hospice. **RESEARCH DESIGN:** : We fielded a national survey of hospices between September 2008 and November 2009. **PARTICIPANTS:** : A national sample of US hospices with an 84% response rate (N=591). **MEASURES:** : Bereavement services to the family, bereavement services to the community, labor-intensive family services, and comprehensive family services. **RESULTS:** : Most hospices provided bereavement services to the family (78%) and to the community (76%), but only a minority of hospices provided labor-intensive (23%) or comprehensive (27%) services to grieving family members. Larger hospice size was positively and significantly associated with each of the 4 measures of family services. We found no significant difference in provision of bereavement services to the family, labor-intensive services, or comprehensive services by ownership type; however, nonprofit hospices were more likely than for-profit hospices to provide bereavement services to the community. **CONCLUSIONS:** : Our results show substantial diversity in the scope and intensity of services provided to families of patients with terminal illnesses, suggesting a need for clearer guidance on what hospices should provide to exemplify best practices. Consensus within the field on more precise guidelines in this area is essential

Rodrigues, R. Huber, M. et Lamura, G. é. (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

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.

2011

Government of Australia (2011). *Caring for Older Australians: Overview. Final Inquiry Report.* Australian Government.Productivity, C., Canberra : Government of Australia.
Older Australians generally want to remain independent and in control of how and where they live; to stay connected and relevant to their families and communities; and be able to exercise some measure of choice over their care. While changes to the aged care system over past decades have increased the range and quality of care and support available to older Australians, there are significant variations in the quality of services. However, fundamental reform is required to overcome the delays, discontinuities, constraints and shortages that currently exist and to respond to future challenges. The challenges include: ? a significant increase in the number of older people ? an increasing incidence of age-related disability and disease, especially dementia ? rising expectations about the type and flexibility of care that is received ? community concerns about variability in the quality of care ? a relative decline in the number of informal carers ? a need for significantly more nurses and personal care workers with enhanced skills. Aged care can be greatly improved. Government policies, programs and regulations, and the services offered by community groups and businesses, need to be redesigned around the wellbeing of older people and be delivered in ways that respect their dignity and support their independence. Services need to be affordable for older people and for society in general. The Productivity Commission has been asked to develop detailed options to redesign and reform Australia's aged care system and to recommend a transition path to a new system

Hirata, H. (2011). "Le travail du Care pour les personnes âgées au japon." *Informations Sociales*(168): 116-122.

[BDSP. Notice produite par AHPDOC R0xCsGFE. Diffusion soumise à autorisation]. Pays vieillissant, le Japon connaît une problématique des soins envers les personnes âgées et dépendantes aiguë. Les crises économique et financière font du secteur du Care une véritable opportunité en matière d'emplois. Qui sont ces travailleurs-se-s des métiers de soins dans les établissements pour personnes âgées ? Quelles sont leurs conditions de travail ? L'auteure analyse la dynamique d'évolution de ce secteur. (R.A.).

Low, L. F., Yap, M. et Brodaty, H. (2011). "A systematic review of different models of home and community care services for older persons." *BMC Health Serv Res* **11**: 93.

BACKGROUND: Costs and consumer preference have led to a shift from the long-term institutional care of aged older people to home and community based care. The aim of this review is to evaluate the outcomes of case managed, integrated or consumer directed home and community care services for older persons, including those with dementia. METHODS: A systematic review was conducted of non-medical home and community care services for frail older persons. MEDLINE, PsycINFO, CINAHL, AgeLine, Scopus and PubMed were searched from 1994 to May 2009. Two researchers independently reviewed search results. RESULTS: Thirty five papers were included in this review. Evidence from randomized controlled trials showed that case management improves function and appropriate use of medications, increases use of community services and reduces nursing home admission. Evidence, mostly from non-randomized trials, showed that integrated care increases service use; randomized trials reported that integrated care does not improve clinical outcomes. The lowest quality evidence was for consumer directed care which appears to increase satisfaction with care

and community service use but has little effect on clinical outcomes. Studies were heterogeneous in methodology and results were not consistent. CONCLUSIONS: The outcomes of each model of care differ and correspond to the model's focus. Combining key elements of all three models may maximize outcomes.

Tamiya, N., Naguchi, H., Nischi, A., et al. (2011). "Population ageing and wellbeing: lessons from Japan's long-term care insurance policy." *The Lancet*(378): 183–192.

Japan's population is ageing rapidly because of long life expectancy and a low birth rate, while traditional supports for elderly people are eroding. In response, the Japanese Government initiated mandatory public long-term care insurance (LTCI) in 2000, to help older people to lead more independent lives and to relieve the burdens of family carers. LTCI operates on social insurance principles, with benefits provided irrespective of income or family situation; it is unusually generous in terms of both coverage and benefits. Only services are provided, not cash allowances, and recipients can choose their services and providers. Analysis of national survey data before and after the programme started shows increased use of formal care at lower cost to households, with mixed results for the wellbeing of carers. Challenges to the success of the system include dissatisfaction with home-based care, provision of necessary support for family carers, and fiscal sustainability. Japan's strategy for long-term care could offer lessons for other nations.

Woods, M. p. (2011). *Caring for Older Australians: Overview. Final Inquiry Report.* Canberra Government of Australia

http://www.pc.gov.au/data/assets/pdf_file/0016/110932/aged-care-overview-booklet.pdf

Older Australians generally want to remain independent and in control of how and where they live; to stay connected and relevant to their families and communities; and be able to exercise some measure of choice over their care. While changes to the aged care system over past decades have increased the range and quality of care and support available to older Australians, there are significant variations in the quality of services. However, fundamental reform is required to overcome the delays, discontinuities, constraints and shortages that currently exist and to respond to future challenges. The challenges include: ? a significant increase in the number of older people ? an increasing incidence of age-related disability and disease, especially dementia ? rising expectations about the type and flexibility of care that is received ? community concerns about variability in the quality of care ? a relative decline in the number of informal carers ? a need for significantly more nurses and personal care workers with enhanced skills. Aged care can be greatly improved. Government policies, programs and regulations, and the services offered by community groups and businesses, need to be redesigned around the wellbeing of older people and be delivered in ways that respect their dignity and support their independence. Services need to be affordable for older people and for society in general. The Productivity Commission has been asked to develop detailed options to redesign and reform Australia's aged care system and to recommend a transition path to a new system.

2010

Ishibashi, T. et Ikegami, N. (2010). "Should the provision of home help services be contained?: validation of the new preventive care policy in Japan." *Bmc Health Services Research* **10**: 224-224.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20678189>

Pôle documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-soutien-a-domicile-des-personnes-handicapees-et-dependantes.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-soutien-a-domicile-des-personnes-handicapees-et-dependantes.epub

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2928214/>

BACKGROUND: To maintain the sustainability of public long-term care insurance (LTCI) in Japan, a preventive care policy was introduced in 2006 that seeks to promote active improvement in functional status of elderly people who need only light care. This policy promotes the use of day care services to facilitate functional improvement, and contains the use of home help services that provide instrumental activity of daily living (IADL) support. However, the validity of this approach remains to be demonstrated. **METHODS:** Subjects comprised 241 people aged 65 years and over who had recently been certified as being eligible for the lightest eligibility level and had begun using either home help or day care services between April 2007 and October 2008 in a suburban city of Tokyo. A retrospective cohort study was conducted ending October 2009 to assess changes in the LTCI eligibility level of these subjects. Cox's proportional hazards model was used to calculate the relative risk of declining in function to eligibility Level 4 among users of the respective services. **RESULTS:** Multivariate analysis adjusted for factors related to service use demonstrated that the risk of decline in functional status was lower for users of home help services than for users of day care services (HR = 0.55, 95% CI: 0.31-0.98). The same result was obtained when stratified by whether the subject lived with family or not. Furthermore, those who used two or more hours of home help services did not show an increase in risk of decline when compared with those who used less than two hours. **CONCLUSIONS:** No evidence was obtained to support the effectiveness of the policy of promoting day care services and containing home help services for those requiring light care.

Tomita, N., Yoshimura, K. et Ikegami, N. (2010). "Impact of home and community-based services on hospitalisation and institutionalisation among individuals eligible for long-term care insurance in Japan." *BMC Health Serv.Res.* **10**: 345.

BACKGROUND: This population-based retrospective cohort study aimed to clarify the impact of home and community-based services on the hospitalisation and institutionalisation of individuals certified as eligible for long-term care insurance (LTCI) benefits. **METHODS:** Health insurance data and LTCI data were combined into a database of 1,020 individuals in two farming communities in Hokkaido who were enrolled in Citizen's Health Insurance. They had not received long-term care services prior to April 1, 2000 and were newly certified as eligible for Long-Term Care Insurance benefits between April 1, 2000 and February 29, 2008. The analysis covered 565 subjects who had not been hospitalised or institutionalised at the time of first certification of LTCI benefits. The adjusted hazard ratios (HRs) of hospitalisation or institutionalisation or death after the initial certification were calculated using the Cox proportional hazard model. The predictors were age, sex, eligibility level, area of residence, income, year of initial certification and average monthly outpatient medical expenditures, in addition to average monthly total home and community-based services expenditures (analysis 1), the use or no use of each type of service (analysis 2), and average monthly expenditures for home-visit and day-care types of services, the use or no use of respite care, and the use or no use of rental services for assistive devices (analysis 3). **RESULTS:** Users of home and community-based services were less likely than non-users to be hospitalised or institutionalised. Among the types of services, users of respite care (HR: 0.71, 95% confidence interval [CI]: 0.55-0.93) and rental services for assistive devices (HR: 0.70, 95% CI: 0.54-0.92) were less likely to be hospitalised or institutionalised than non-users. For those with relatively light needs, users of day care were also less likely to be hospitalised or institutionalized than non-users (HR: 0.77, 95% CI: 0.61-0.98). **CONCLUSIONS:** Respite care, rental services for assistive devices and day care are effective in preventing hospitalisation and institutionalisation. Our results suggest that home and community-based services

contribute to the goal of the LTCI system of encouraging individuals certified as needing long-term care to live independently at home for as long as possible

Financement des soins, RAC, solvabilité

ÉTUDES : FRANCE

2020

Conférence nationale du handicap (2020). Rénover la prestation de compensation du handicap (PCH) afin d'améliorer l'accès à cette prestation, renforcer sa juste attribution et mieux prendre en compte les besoins des personnes : rapport du groupe 2 de la conférence nationale du handicap 2018-2019. Paris CNH

https://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/20200107_rapport_gt_pch_cnh.pdf

Cette publication constitue le dernier rapport des groupes de travail de la Conférence nationale du handicap (CNH), sur la rénovation de la prestation de compensation du handicap (PCH). Parmi les principales mesures, il propose de revoir le périmètre de la prestation pour l'étendre à tout ou partie de l'aide-ménagère et à l'aide à la parentalité. Il pose la question, pour cette dernière, d'un financement PCH ou caisse d'allocations familiales (Caf) dans "une logique inclusive". Afin de rendre cette aide à la parentalité opérationnelle, il propose le développement de services d'accompagnement dédiés dans tous les départements. Il demande, par ailleurs, que des travaux puissent s'engager pour "qu'enfin les handicaps psychiques, sensoriels, cognitifs, mentaux et neurodéveloppementaux soient mieux compensés", pour que les professionnels des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) soient mieux formés à ce type de handicap et que la réponse médico-sociale soit améliorée "parallèlement à l'évolution de l'offre".

Renaut, S. (2020). "Vieillir à deux, seul ou en corésidence : évolution de l'aide entre 1999 et 2015." Cadrage(42)

<https://www.statistiques-recherches.cnnav.fr/cadrage-n-42-janvier-2020.html>

Dans la France métropolitaine de 2015, 5,2 millions de personnes de 75 ans ou plus résident en logement ordinaire dont une sur deux en couple ; en 1999, elles étaient 3,8 millions et deux sur cinq vivaient en couple. Le nombre de personnes de 75 ans ou plus ou déclarant être aidées par un proche ou un professionnel pour une activité de la vie quotidienne a progressé (2,1 millions en 2015 contre 1,8 en 1999), bien que la part de personnes déclarant être aidées ait diminué (41 % en 2015 contre 48 % en 1999). Depuis 15 ans, l'amélioration des conditions de santé et d'autonomie explique le moindre recours à l'aide dans les activités de la vie quotidienne pour les personnes seules, en corésidence et surtout pour celles qui vivent à deux avec leur conjoint. En 1999, l'aide conjugale s'adressait davantage aux hommes ; elle est désormais aussi fréquente auprès des femmes ; en 15 ans, le nombre des aidants conjugaux et surtout celui des hommes impliqués dans l'aide ont augmenté.

2019

Baradji, E. (2019). "Parcours et profils des bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap en 2016 - Premiers résultats des remontées individuelles sur la PCH (RI-PCH)." Études Et Résultats (Drees)(117): 6.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/parcours-et-profils-des-beneficiaires-de-la-prestation-de-compensation-du>

Au 31 décembre 2016, 284 100 personnes ont un droit ouvert à la prestation de compensation du handicap (PCH) en France, soit quatre habitants sur mille. Les effectifs se concentrent entre 50 et 64 ans, en raison de la prévalence du handicap qui augmente avec l'âge et des conditions de limites d'âge pour solliciter la prestation. Les hommes sont en proportion plus nombreux parmi les bénéficiaires les plus jeunes, tandis que les femmes sont surreprésentées à partir de 40 ans. 11 % des bénéficiaires sont entrés ou sortis de la PCH au cours de l'année 2016. Un sortant sur trois a quitté la PCH trois ans après son entrée dans le dispositif, et près d'un sortant sur cinq a quitté le dispositif pour cause de décès. Les sortants de 60 ans ou plus se distinguent par des durées de présence plus longues : 15 % étaient présents dès l'année de la mise en œuvre de la PCH (contre 9 % des moins de 60 ans). Entre 2012 et 2016, l'âge moyen des bénéficiaires a augmenté d'un an et demi. Si l'augmentation du nombre de bénéficiaires intervient à tout âge, elle est toutefois plus marquée à partir de 60 ans. Cette hausse s'explique par la montée en charge de la prestation combinée à des effets démographiques et à l'allongement de la durée de présence des bénéficiaires dans la prestation.

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.

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

<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).

2018

Berta, P. (2018). Rapport relatif à la proposition de loi sur l'amélioration de la prestation de compensation du handicap. Paris Assemblée Nationale

<http://www.assemblee-nationale.fr/15/rapports/r0907.asp>

Boneschi, S. et Zakri, M. (2018). "La durée de perception de l'allocation personnalisée d'autonomie. Des profils de bénéficiaires très différents." *Dossiers De La Drees (Les)*(29)

Pôle documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-soutien-a-domicile-des-personnes-handicapees-et-dependantes.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-soutien-a-domicile-des-personnes-handicapees-et-dependantes.epub

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) permet aux personnes âgées en perte d'autonomie de financer des dépenses liées à leur prise en charge à domicile ou en établissement. Huit cas de fermeture des droits sur dix interviennent au décès de la personne âgée. La durée moyenne de perception de l'APA est de trois ans et sept mois mais varie beaucoup selon le profil du bénéficiaire : âge, degré de perte d'autonomie, lieu de prise en charge, etc. Les durées de perception les plus longues concernent généralement des femmes prises en charge en établissement et dont la perte d'autonomie s'est aggravée au cours du temps. Les durées les plus courtes concernent souvent des hommes pris en charge au domicile et déjà très dépendants au moment de l'ouverture des droits. Cette étude détaille les durées de perception de l'APA selon les caractéristiques du bénéficiaire à partir de données individuelles recueillies par la DREES auprès des conseils départementaux en 2011.

Canta, C. et Cremer, H. (2018). Uncertain altruism and non-linear long-term care policies. Tse -924. Toulouse TSE
<https://econpapers.repec.org/paper/tsewpaper/32682.htm>

We study the design of public long-term care (LTC) insurance when the altruism of informal caregivers is uncertain. We consider non-linear policies where the LTC benefit depends on the level of informal care, which is assumed to be observable while children's altruism is not. The traditional topping up and opting out policies are special cases of ours. Both total and informal care should increase with the children's level of altruism. This obtains under full and asymmetric information. Social LTC, on the other hand, may be non-monotonic. Under asymmetric information, social LTC is lower than its full information level for the lowest level of altruism, while it is distorted upward for the higher level of altruism. This is explained by the need to provide incentives to high altruism children. The implementing contract is always such that social care increases with formal care.

FEDESAP (2018). Tarifs APA : Étude des réalités départementales. Paris FEDESAP

De fortes disparités entre les départements ont déjà pu être observées dans les procédures d'attribution de l'APA à domicile. Cette étude réalisée par l'Observatoire National du Domicile de la Fédésap, porte sur les tarifs APA fixés par les Conseils départementaux (CD) dans le cadre du mode prestataire. L'objectif est de recueillir de façon exhaustive les différents tarifs APA pratiqués par les Conseils départementaux en 2017, suite à la mise en œuvre de la loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement (ASV). Les résultats mettent en évidence cinq points problématiques : une très forte disparité des tarifs de référence APA départementaux qui sont dans leur grande majorité inférieurs au coût réel des services ; la persistance de pratiques tarifaires « discriminantes » en fonction du type de structures, privées ou associatives, qui conduit une personne âgée à ne pas bénéficier de la même aide publique pour le même service en fonction du SAAD choisi ; des « restes à charges » imputés aux personnes âgées qui varient de 1 à 7€ par heure en fonction des départements ; plus de 50% des départements ne valorisent pas les interventions des SAAD les dimanches et jours fériés déstabilisant ainsi les modèles économiques fragiles des structures et reportant le surcoût sur les personnes âgées ; la grande majorité des politiques départementales en faveur de l'autonomie ne prennent pas ou ne peuvent prendre en compte les réalités socio-démographiques de leurs territoires : niveau de revenus, la densité des personnes âgées et l'accessibilité à une offre d'hébergement "raisonnable".

Gannon, V. et Touze, F. (2018). Construire un compte de la dépendance à La Réunion : premier bilan
Pôle documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

Page 113 sur 365

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-soutien-a-domicile-des-personnes-handicapees-et-dependantes.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-soutien-a-domicile-des-personnes-handicapees-et-dependantes.epub

et éléments prospectifs. Vieillesse et gérontechnologies à la Réunion. Saint-Denis, Université de la Réunion: 23-44.

http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers17-04/010069772.pdf

L'objectif de ce chapitre est de réaliser un premier bilan du coût de la dépendance à La Réunion. Si un tel bilan existe au niveau national, aucune étude n'est encore disponible au niveau régional. Compte tenu des fortes disparités territoriales, réaliser un tel bilan à La Réunion offre une double perspective intéressante. D'une part, cela permet de réaliser des comparaisons avec l'économie nationale et de mieux mesurer la spécificité du vieillissement réunionnais. D'autre part, dans un cadre prospectif, cela permet également de mieux mesurer l'importance des problèmes de financement qui seront posés à un niveau collectif. Le chapitre est organisé autour de trois parties. La première partie revient sur la genèse du compte de la dépendance et sur la manière dont il a été estimé au niveau national. La seconde partie propose de calculer ce compte en introduisant des spécificités réunionnaises. Enfin, la troisième partie s'appuie sur une étude publiée par l'Insee en 2014 pour présenter des éléments d'analyse prospective ainsi que pour discuter du poids financier supplémentaire du coût de la dépendance qui devra être financé.

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

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/le-vieillessement-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.

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

<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.

Le Minez, S. et Lefebvre, E. (2018). Le financement des couvertures sociales dans les domaines de la famille et de la dépendance en comparaison internationale. Paris HCFi-PS

[www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/rapport_hcfips_financement_risques_famille_et_dependance_en_comparaison .pdf](http://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/rapport_hcfips_financement_risques_famille_et_dependance_en_comparaison.pdf)

Dans le prolongement des travaux que le Haut Conseil du financement de la protection sociale a mené en 2017 sur les périmètres des dépenses de protection sociale en comparaison européenne et en 2018 sur les enjeux des réformes en cours pour le financement de la protection sociale française, le présent rapport se propose d'approfondir la connaissance des modes de financement de la protection sociale en France et à l'étranger, en concentrant son attention sur les deux risques que sont la famille et la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées, aussi qualifiée de « dépendance ».

Mouiller, P. (2018). Repenser le financement du handicap pour accompagner la société inclusive. Paris Sénat

<http://www.senat.fr/notice-rapport/2018/r18-035-notice.html>

Ce rapport rassemble les conclusions du groupe de travail de la commission des affaires sociales sur le financement de l'accompagnement du handicap . L'offre médico-sociale à destination des personnes handicapées présente une très importante complexité qui tient à la diversité des structures existantes et au caractère cloisonné des réponses apportées qui en découlent et de leur financement. Ces financements ne sont pas rationnellement répartis entre ceux relevant de la personne et ceux relevant de la structure. Le groupe de travail propose de davantage intégrer les conseils départementaux dans la planification de l'offre. Il suggère également d'aller plus loin dans l'évaluation des besoins exprimés, en créant une plateforme territoriale du handicap (PTH), à l'échelle des bassins de vie, et réunissant l'ensemble des acteurs concernés par l'accompagnement du handicap. Enfin, le groupe en appelle à une réforme en profondeur du financement en énonçant un principe strict de financeur unique pour chaque action entreprise auprès de la personne, en clarifiant les missions des structures et en faisant de la prestation de compensation du handicap (PCH) le principal appui financier des dépenses d'accompagnement social

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.

2017

Abdouni, S. et Amrous, N. (2017). "En 2016, les départements ont attribué 4,2 millions de prestations d'aide sociale." Études Et Résultats (Drees)(1037)

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/en-2016-les-departements-ont-attribue-4-2-millions-de-prestations-d-aide>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE AGE9ER0x. Diffusion soumise à autorisation]. Fin 2016, 4,2 millions de prestations d'aide sociale aux personnes âgées, aux personnes handicapées, à l'enfance ou au titre de l'insertion ont été attribuées par les départements. Celles-ci ont baissé de 1,3% en raison de la diminution du nombre d'aides à l'insertion, parmi lesquelles, en premier lieu, le revenu de solidarité active (RSA). Le nombre d'aides aux personnes handicapées continue en revanche de progresser, tout comme les mesures d'aide sociale à l'enfance. Les aides consacrées aux personnes âgées progressent faiblement en 2016.

CNSA (2017). Accès à l'aide humaine : Élément 1 de la prestation de compensation du handicap : Guide d'appui aux pratiques des maisons départementales des personnes handicapées. Paris CNSA

[BDSP. Notice produite par MSSH-EHESP stBIER0x. Diffusion soumise à autorisation]. Afin d'harmoniser les pratiques et d'assurer l'égalité de traitement des demandes et l'équité des réponses de compensation des situations individuelles de handicap, la CNSA anime des

échanges d'expériences et de pratiques entre les MDPH. Elle est également chargée d'élaborer des outils et des méthodes, notamment pour développer une lecture commune des textes réglementaires relatifs au champ de la compensation du handicap. Après l'élaboration du guide pour l'éligibilité à la prestation de compensation du handicap (PCH) en 2011, le présent guide est axé spécifiquement sur le volet aide humaine de PCH. Destiné en premier lieu aux professionnels des MDPH, il constitue une synthèse des outils développés en interne par les MDPH et une mise en commun des éléments de consensus qui peuvent guider la démarche de l'équipe pluridisciplinaire. Il met également en évidence des interrogations qui persistent à ce sujet.

CNSA (2017). Accès aux aides techniques : Élément 2 de la prestation de compensation du handicap : Guide d'appui aux pratiques des maisons départementales des personnes handicapées. Dossier technique. Paris CNSA

[BDSP. Notice produite par MSSH-EHESP mG7nR0xA. Diffusion soumise à autorisation]. Ce guide a pour objectif de rappeler les différentes étapes du traitement des demandes que sont l'évaluation des besoins, la co-construction avec la personne de solutions de compensation, la recherche de dispositifs dans le droit commun ou spécifique pour solvabiliser ces solutions de compensation et, le cas échéant, la vérification de l'éligibilité de la personne au droit ou à la prestation retenue. Même si ces différentes missions doivent en pratique être réalisées dans des temps très rapprochés, voire en même temps, leur finalité reste différente. Ce guide doit permettre à chacun de comprendre la problématique posée afin d'aider à la décision en termes d'accord ou de rejet de la PCH aides techniques et de tarification proposée. Il donne des indications visant à une meilleure harmonisation des pratiques. Il est destiné à tout professionnel de l'équipe pluridisciplinaire ou de la MDPH mobilisé dans le traitement des demandes de PCH et en particulier de l'élément 2, qu'il soit expert ou non dans le champ des aides techniques, qu'il soit nouvellement recruté ou présent depuis plusieurs années.

CNSA (2017). "Prestation de compensation du handicap 2016 : évolution et contenu de la prestation." Analyse Statistique(3)

[BDSP. Notice produite par MSSH-EHESP 7sR0x9rF. Diffusion soumise à autorisation]. En 2016, les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ont instruit 292 700 demandes de prestation de compensation du handicap (PCH) dont 12,5% concernent des demandes de PCH enfants. La croissance des demandes de PCH se poursuit (+8% par rapport à 2015). En 2016, les MDPH ont accordé environ 128 500 prestations de compensation (PCH). Le taux d'accord de PCH poursuit sa diminution. En 2016, la prestation de compensation du handicap représente près de 7% des demandes déposées auprès des MDPH (une part stable depuis 2010), et l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) seulement 0,3%. D'après les dernières statistiques trimestrielles disponibles de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, qui datent de décembre 2015, les conseils départementaux ont versé la prestation de compensation du handicap à 184 000 personnes (soit une augmentation de 6% depuis décembre 2015). (R.A.).

Couvert, N. (2017). "Allocation personnalisée d'autonomie : les aides apportées aux personnes âgées." Etudes Et Résultats (Drees)(1033)

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/allocation-personnalisee-d-autonomie-les-aides-apportees-aux-personnes-agees>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE JR0x788H. Diffusion soumise à autorisation]. Fin 2011, les plans notifiés par les départements aux bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) prévoient quasi systématiquement le recours à l'aide humaine. Trois quarts de ces plans prévoient le recours exclusif à des services prestataires. Près de quatre plans sur dix incluent également des aides techniques ou ponctuelles (téléalarme, fournitures d'hygiène).

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

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.

Fontaine, R. et Gramain, A. (2017). "Qu'attendre du relèvement des plafonds légaux de l'allocation personnalisée d'autonomie : les enseignements d'une base de facturation d'un SAAD." Paris : HAL

<https://hal-paris1.archives-ouvertes.fr/hal-01673124/document>

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (loi ASV), votée le 28 décembre 2015, comporte une réforme de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour les personnes dépendantes qui vivent à domicile. À travers plusieurs mesures, cette réforme vise à réduire, pour les bénéficiaires les plus dépendants, leur participation financière aux dépenses d'aide à domicile. L'une de ces mesures prévoit le relèvement du montant des plafonds légaux, c'est-à-dire du montant maximal des dépenses pouvant donner lieu à un financement par l'APA. L'impact de cette mesure sur la quantité d'aide à domicile subventionnée par l'APA est difficile à anticiper. Il dépend en effet de la réponse à deux questions. Dans quelle mesure les plans d'aide buttaient-ils sur les plafonds légaux ? Quelle part de l'aide à domicile était consommée au-delà des plans d'aide ? À partir de données sur la clientèle d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), cette note met en perspective le mécanisme d'action des plafonds légaux en analysant les écarts entre la quantité d'aide consommée par les clients du service, le niveau des plans d'aide qui leurs sont prescrits et celui des plafonds fixés par le législateur.

Labazee, G. (2017). Tarification et perspectives d'évolution des Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile. Paris Ministère chargé de la santé

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_g_labazee_vf.pdf

Ce rapport est aussi le résultat d'une mission initiée, le 15 novembre 2016, par le premier ministre dans le cadre de la réflexion sur la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV). Son objectif est d'évaluer les SAAD, qui continuent de rencontrer des difficultés financières, devenues structurelles ; Il permet ainsi de disposer d'un état des lieux circonscrit des différentes pratiques tarifaires menées dans les départements et de

repérer des solutions reproductibles.

Roquebert, Q. et Tenand, M. (2017). "Pay less, consume more? The price elasticity of home care for the disabled elderly in France." *Health Econ* **26**(9): 1162-1174.

Little is known about the price sensitivity of demand for home care of the disabled elderly. We partially fill this knowledge gap by using administrative data on the beneficiaries of the main French home care subsidy program in a department and exploiting interindividual variation in provider prices. We address the potential endogeneity of prices by taking advantage of the unequal spatial coverage of providers and instrumenting price by the number of municipalities served by a provider. We estimate a price elasticity of around -0.4 that is significantly different from both 0 and -1. This less than proportionate response of consumption to price has implications for the efficiency and redistributive impact of variation in the level of copayments in home care subsidy schemes.

Roussel, R. (2017). "Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060." *Etudes Et Résultats (Drees)*(1032)

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE AHIDR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Tous financeurs confondus, les dépenses de prise en charge des personnes âgées dépendantes représentent 30,0 milliards d'euros en 2014, soit 1,40 point de PIB. Plus des trois quarts de ce montant (23,7 milliards d'euros, soit 1,11 point de PIB) sont financés par les pouvoirs publics. Évaluée dans une optique de surcoût de la dépendance, cette somme recouvre les dépenses de santé, de prise en charge de la perte d'autonomie et d'hébergement.

Wouterse, B. et Smid, B. (2017). "How to Finance the Rising Costs of Long-Term Care: Four Alternatives for the Netherlands." *Fiscal Studies* **38**(3): 369-391.

Long-term care expenditures in the Netherlands have risen substantially over the last 40 years. Only a part of this growth can be attributed to the ageing of the population. Rising long-term care costs threaten the sustainability of Dutch public finances: additional public revenues are needed to cover the additional spending. In this paper, we evaluate four alternative policies to finance the anticipated additional growth in long-term care above the rate implied by projected demographic growth. We analyse these financing alternatives using a macro model, focusing on the long-term effects on economic growth and on the redistribution of costs and benefits between birth cohorts. We find a relatively large intergenerational redistribution of lifetime net benefits for a pay-as-you-go system and for an immediate one-time increase of the premium rate, while a cohort-specific savings system or a pensioner tax both have relatively small intergenerational effects. Labour supply and private consumption decline in all four financing alternatives, although the size and timing of these effects differ.

2016

Canta, C., Cremer, H. et Gahvari, F. (2016). "Maybe "honor thy father and thy mother": uncertain family aid and the design of social long term care insurance. *Tse -530*. Toulouse TSE https://www.tse-fr.eu/sites/default/files/TSE/documents/doc/wp/2016/wp_tse_685.pdf

We study the role and design of private and public insurance programs when informal care is uncertain. Children's degree of altruism is represented by a parameter which is randomly

distributed over some interval. The level of informal care on which dependent elderly can count is therefore random. Social insurance helps parents who receive a low level of care, but it comes at the cost of crowding out informal care. Crowding out occurs both at the intensive and the extensive margins. We consider two types of LTC policies. A topping up (TU) scheme provides a transfer which is non exclusive and can be supplemented. An opting out (OO) scheme is exclusive and cannot be topped up. TU will involve crowding out both at the intensive and the extensive margins, whereas OO will crowd out solely at the extensive margin. However, OO is not necessarily the dominant policy as it may exacerbate crowding out at the extensive margin. Finally, we show that the distortions of both policies can be mitigated by using an appropriately designed mixed policy.

Daude, M., Mauss, H. et Paul, S. (2016). Evolution de la prestation de compensation du handicap (PCH). Paris Igas

<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article619>

Ce rapport mis en ligne le 31 août 2017 date de novembre 2016 et a été réalisé suite à une saisine de mars 2016. Après un bilan chiffré de la prestation de compensation du handicap, cette pointe les difficultés d'accès à la PCH pour certains types de handicaps (notamment le handicap psychique), la "non-inclusion" de l'aide-ménagère dans la PCH, et le manque de moyens des maisons départementales des personnes handicapées. Il par 35 recommandations destinées à soutenir la parentalité, à assouplir les barrières d'âge, préciser et clarifier le rôle des FDC, encourager les expériences d'habitat partagé, améliorer les contrôles d'effectivité et les rendre plus transparents, ou encore à mieux connaître les causes du handicap pour éviter les cumuls d'indemnisation.

Hege, R. (2016). La demande d'aide à domicile est-elle sensible au reste-à-charge : une analyse multi-niveaux sur données françaises. CES Working Paper; 2016.22. Paris Centre d'économie de la Sorbonne

<https://ideas.repec.org/p/mse/cesdoc/16022.html>

This article focuses on the price-elasticity of demand for formal home-care received by disabled elderly. In France a public financing system of long-term care for disabled elderly – aged 60 and over – called APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) has been set up in 2001. This policy is based on a partial subsidization of demand for formal home-care so that an out-of-pocket cost remains. It rests on three variables: the department policy, the provider chosen by the recipient and the income level of the recipient. The induced heterogeneity of the out-of-pocket cost allows price-elasticity estimations but compels me to employ two databases. I use the HSM survey – an individual database on disability and health that is representative of the French population – and the Territoire survey which provides information in each region on the APA policy parameters. The combination of these two databases enables me to approximate the out-of-pocket cost for each individual that is the one-hour formal home-care price. I estimate a multi-level model with random effects and find that the price-elasticity of demand for formal home-care has a value of -0.15 at my average point

Juin, S. (2016). Care for dependent elderly people : dealing with health and financing issues, Université de Paris 12 Créteil. Créteil. FRA / com. **Thèse pour le Doctorat en Sciences Économiques**

<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01524533/>

Dans un contexte de vieillissement rapide de la population, cette thèse explore les liens

existants entre santé et modes de prise en charge des personnes âgées dépendantes et s'intéresse à la question du financement de la dépendance. La satisfaction des besoins d'aide des personnes âgées dépendantes constitue un objectif central de politiques publiques. Le Chapitre 1 estime l'effet de l'aide informelle (i.e. familiale) et de l'aide formelle (i.e. professionnelle) à domicile sur la santé mentale des personnes âgées dépendantes en France. Les résultats montrent que l'aide informelle réduit le risque de dépression et que l'aide formelle peut améliorer la santé mentale générale. De récentes études reconnaissent qu'aider un proche dépendant a des effets négatifs sur la santé des aidants et soulignent l'importance de les soutenir. Le Chapitre 2 s'intéresse à l'effet du soutien social sur la santé des aidants informels. Il montre que l'aide formelle et le soutien informel réduisent les problèmes de santé mentale associés à l'activité d'aide. Enfin, étant donné la pression financière et fiscale qui pèse sur les systèmes publics, le Chapitre 3 étudie dans quelle mesure les Européens seraient capables de financer leurs périodes de dépendance sur la base de leurs revenus et de leur patrimoine financier et immobilier. Il s'intéresse également au rôle du prêt viager hypothécaire. Les simulations soulignent que seule une faible proportion des individus serait capable de financer l'ensemble de ses dépenses de dépendance. Par ailleurs, le patrimoine immobilier pourrait jouer un rôle important dans le financement de la dépendance.

Marquier, R. (2016). "Dix ans d'aide sociale départementale aux personnes handicapées : 2004-2013." *Dossiers De La Drees (Les)*(2)

<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/dix-ans-d-aide-sociale-departementale-aux-personnes-handicapees-2004-2013>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE GR0xnEkA. Diffusion soumise à autorisation]. Entre 2004 et 2013, le nombre de mesures d'aide sociale départementale aux personnes handicapées a augmenté de 80%. Les dépenses afférentes ont, elles, augmenté de 60% en euros constants. Ces augmentations sont dues à l'introduction de la prestation de compensation du handicap (PCH) en 2006, qui se substitue progressivement à l'allocation compensatrice tierce personne (ACTP), et au fait que les dépenses d'accueil en établissement restent très dynamiques. Les disparités entre les départements sont fortes.

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-vieillessement-et-fragilite-le-cas-francais.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).

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.

www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2016-4.htm

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE BGJR0x9C. Diffusion soumise à autorisation]. 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.

2015

Branchet, B. et Weil, G. (2015). "Les disparités communales de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile." *Journal de Gestion et d'Economie Médicales* **33**(4-5): 253-275

[BDSP. Notice produite par ORSRA oAnpCR0x. Diffusion soumise à autorisation]. L'objet de cet article est l'étude des disparités au niveau des communes de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile. Les méthodes reposent sur l'analyse de la base exhaustive des bénéficiaires de l'APA à domicile (15 000 individus) d'un département de province de grande taille, enrichie de données démographiques, fiscales et d'équipement sur les communes. Dans un premier temps, les résultats mettent en évidence les disparités au niveau des communes de l'APA à domicile, tant en termes de prévalence que de dépense globale moyenne. Nous montrons alors que ce phénomène ne peut s'expliquer simplement mais est complexe et multidimensionnel. À l'aide de techniques d'analyse des données (ACP et CAH), nous faisons alors émerger les ressorts de ce phénomène avant de proposer une typologie des types de communes en matière d'APA à domicile. En conclusion, ces travaux montrent clairement les disparités communales de l'APA à domicile et dessinent une forme de spécialisation des communes. Se posent alors des interrogations pour savoir si cette spécialisation résulte d'un choix délibéré, est le résultat d'une histoire, voire le résultat d'un apprentissage générationnel et d'une migration choisie par les personnes âgées pour leur fin de vie.

Branchu, C., Jaouen, V. et Naves, P. (2015). Évaluation des expérimentations relatives à la tarification
Pôle documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

Page 122 sur 365

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-soutien-a-domicile-des-personnes-handicapees-et-dependantes.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-soutien-a-domicile-des-personnes-handicapees-et-dependantes.epub

des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD). Rapport IGAS ; 2014-130R. Paris IGAS

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/154000371-evaluation-des-experimentations-relatives-a-la-tarification-des-services-d-aide-et>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE mJnp8R0x. Diffusion soumise à autorisation]. L'IGAS a été chargée d'une mission d'évaluation des expérimentations de tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), prévues par l'article 150 de la loi de finances pour 2012 et fondées sur un cahier des charges (arrêté du 30 août 2012). Les 14 départements qui ont choisi d'entrer, totalement ou en partie, en expérimentation, ont traduit ce choix par la signature de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) avec les services d'aide et d'accompagnement à domicile. Ces CPOM définissent les modalités de financement des SAAD ainsi que les objectifs à atteindre. L'expérimentation permet d'articuler des outils déjà existants, ainsi que ceux introduits pour la tarification des SAAD et la solvabilisation des usagers, bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

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)

<https://www.tresor.economie.gouv.fr/Articles/2015/04/15/tresor-eco-n-145-quel-avenir-pour-le-dispositif-de-prise-en-charge-des-affections-de-longue-duree-ald>

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.

Carillon-Couvreur, M. (2015). Rapport d'information en conclusion des travaux de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur la mise en œuvre des missions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Rapport d'information ; 2507. Paris Assemblée nationale

<http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-info/i2507.pdf>

Après six mois d'auditions et l'aide de la Cour des comptes, la mission d'information et de contrôle de la sécurité sociale (MECSS) de l'Assemblée nationale présente son rapport d'information le 21 janvier 2015. Ce rapport retrace le bilan de l'action de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et fait état de son fonctionnement. Le rapport comporte 24 préconisations. Il recommande notamment la généralisation d'un "guichet unique" destiné aux publics en perte d'autonomie - personnes âgées et handicapées (Maisons départementales de l'autonomie) et un pilotage renforcé de la caisse en associant la CNAMTS et la CNAV. Il suggère le renforcement des moyens de fonctionnement de la CNSA pour faire face aux nouvelles missions confiées par le premier volet de la réforme de la dépendance, avec le projet de loi "sur l'adaptation de la société au vieillissement". Ce texte, adopté en première lecture à l'Assemblée nationale en septembre dernier, est centré sur les aides au maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie. Le rapport appelle également à la mise en œuvre rapide du deuxième volet de la réforme de la dépendance, celui qui porte sur la tarification des EPHAD.

Davin, B., Paraponaris, A. et Protiere, C. (2015). "Pas de prix mais un coût ? Évaluation contingente de l'aide informelle apportée aux personnes âgées en perte d'autonomie." *Economie 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. On y trouve des questions sur le montant que les aidants seraient prêts à payer pour être déchargés d'une heure d'aide. Un modèle en deux étapes à la Heckman est construit afin d'analyser à la fois les facteurs associés aux montants déclarés de disposition à payer, et les raisons pour lesquelles certains aidants n'ont pas voulu donner de valeur (répondants protestataires). D'après les résultats, des caractéristiques telles que la distance entre lieux de vie de l'aidé et de l'aidant ou encore la dégradation de la santé mentale de ce dernier expriment le besoin de reconnaissance des aidants informels à travers les valeurs déclarées qui leur sont associées, ainsi que leur besoin de répit, dû au fardeau qu'ils supportent parfois depuis plusieurs années. Le contexte socioéconomique joue aussi un rôle important : plus le revenu de l'aidant et celui de la personne aidée sont élevés, plus le montant du CAP est élevé. Ces éléments peuvent être utiles aux politiques publiques en charge de développer des mesures visant tout à la fois à promouvoir l'aide informelle apportée aux personnes âgées et à soulager ceux qui l'apportent (résumé d'auteur).

Doty, P., Nadash, P. et Racco, N. (2015). "Long-term care financing: lessons from France." *Milbank Q* **93**(2): 359-391.

UNLABELLED: POLICY POINTS: France's model of third-party coverage for long-term services and supports (LTSS) combines a steeply income-adjusted universal public program for people 60 or older with voluntary supplemental private insurance. French and US policies differ: the former pay cash; premiums are lower; and take-up rates are higher, in part because employer sponsorship, with and without subsidization, is more common-but also because coverage targets higher levels of need and pays a smaller proportion of costs. Such inexpensive, bare-bones private coverage, especially if marketed as a supplement to a limited public benefit, would be more affordable to those Americans currently most at risk of "spending down" to Medicaid. CONTEXT: An aging population leads to a growing demand for long-term services and supports (LTSS). In 2002, France introduced universal, income-adjusted, public long-term care coverage for adults 60 and older, whereas the United States funds means-tested benefits only. Both countries have private long-term care insurance (LTCI) markets: American policies create alternatives to out-of-pocket spending and protect purchasers from relying on Medicaid. Sales, however, have stagnated, and the market's viability is uncertain. In France, private LTCI supplements public coverage, and sales are growing, although its potential to alleviate the long-term care financing problem is unclear. We explore whether France's very different approach to structuring public and private financing for long-term care could inform the United States' long-term care financing reform efforts. METHODS: We consulted insurance experts and conducted a detailed review of public reports, academic studies, and other documents to understand the public and private LTCI systems in France, their advantages and disadvantages, and the factors affecting their development. FINDINGS: France provides universal public coverage for paid assistance with

functional dependency for people 60 and older. Benefits are steeply income adjusted and amounts are low. Nevertheless, expenditures have exceeded projections, burdening local governments. Private supplemental insurance covers 11% of French, mostly middle-income adults (versus 3% of Americans 18 and older). Whether policyholders will maintain employer-sponsored coverage after retirement is not known. The government's interest in pursuing an explicit public/private partnership has waned under President Francois Hollande, a centrist socialist, in contrast to the previous center-right leader, President Nicolas Sarkozy, thereby reducing the prospects of a coordinated public/private strategy. CONCLUSIONS: American private insurers are showing increasing interest in long-term care financing approaches that combine public and private elements. The French example shows how a simple, cheap, cash-based product can gain traction among middle-income individuals when offered by employers and combined with a steeply income-adjusted universal public program. The adequacy of such coverage, however, is a concern.

HCSP (2015). Enquête quantitative sur les modes d'évaluation et de traitement des demandes de compensation du handicap par les MDPH. Avis et Rapports. Paris HCSP
<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=508>

La Commission maladies chroniques du HCSP a commandité une analyse quantitative et qualitative des processus d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées. Cette étude a été réalisée dans l'ensemble des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), pour tenter d'objectiver les disparités de traitement et d'éventuels mécanismes explicatifs (organisation interne, ressources des structures, nature des demandes, types de déficiences, caractéristiques des demandeurs, etc.) ainsi que les efforts faits pour les réduire. Sur la base de ces travaux, le HCSP propose dans son avis des recommandations afin d'améliorer la prise en charge des personnes en situation de handicap par les MDPH.

Lesueur, D., Sanchez, J. L., Camus, E., et al. (2015). Service des allocations de soutien à l'autonomie : où en est-on ? Paris Editions de l'OdaS

Conduite, de septembre 2012 à décembre 2014, cette étude consacrée à la mise en œuvre par les départements des allocations APA et PCH à domicile a permis de mesurer les effets des divergences constatées entre les deux allocations. Elle a également permis de relever les efforts engagés par les départements pour unifier les actions d'accueil et d'accompagnement des personnes en situation de dépendance ou de handicap. Pour mener cette étude, l'ODAS a recueilli et interprété des données quantitatives et qualitatives, et construit les constats et les préconisations en s'appuyant sur une démarche d'observation partagée.

Marbot, C. et Roy, D. (2015). "Projections du coût de l'APA et des caractéristiques de ses bénéficiaires à l'horizon 2040 à l'aide du modèle Destinie." Economie Et Statistique(481-482): 185-209.
http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES481H.pdf

Confrontés au vieillissement de leur population, les pays développés s'attendent à devoir fournir une aide à un nombre croissant de personnes âgées dépendantes et il est nécessaire d'anticiper ce que coutera leur prise en charge. Le modèle de microsimulation des retraites Destinie a été étendu en 2011 de façon à permettre ce type de projection, dans le cadre d'un projet de réforme de la dépendance. Pour cet exercice, la microsimulation présente l'avantage de simuler des trajectoires au niveau individuel. Ceci permet de projeter les agrégats en tenant compte de l'évolution dans le temps de la distribution des

caractéristiques individuelles. Ceci permet aussi la prise en compte de barèmes complexes (non linéaires) qui demandent un calcul au niveau individuel. Cet article présente la méthode mise en œuvre pour construire ce module dépendance et les principaux résultats de l'exercice conduit en 2011, enrichi d'une variante macro-économique moins favorable que celle qui avait été retenue à l'époque. Une première série de résultats concerne la caractérisation de la population des dépendants et la présence d'aidants potentiels, sous trois scénarios de prévalence de la dépendance. Dans un deuxième temps, on présente des projections financières de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) qui croisent ces trois scénarios de prévalence avec les deux hypothèses macroéconomiques et deux hypothèses d'indexation du barème de cette prestation. Le montant total de l'APA représenterait entre 0,54 et 0,71 point du PIB à l'horizon 2040, selon le degré d'optimisme du scénario, contre 0,4 point de PIB en 2010. La part de ce montant prise en charge par les collectivités locales représenterait entre 0,29 et 0,51 point de PIB, contre 0,27 point en 2010, le complément restant à charge des ménages (résumé d'auteur).

2014

Abrossimov, C. et Chereque, F. (2014). Les liens entre handicap et pauvreté : les difficultés dans l'accès aux droits et aux ressources. Rapport IGAS ; 2014-048. Paris Inspection générale des affaires sociales, Paris La Documentation française

<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article406>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE FROxoJ7. Diffusion soumise à autorisation]. Suite aux engagements du gouvernement annoncés lors du Comité interministériel du handicap (CIH) du 25 septembre 2013 afin de compléter les expertises du plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale sur la situation des personnes handicapées, le Premier ministre a confié à l'IGAS le 11 mars 2014 une mission portant sur "Les liens entre handicap et pauvreté : les difficultés dans l'accès aux droits et aux ressources". Ce rapport aborde les sept thématiques du plan pauvreté : accès aux droits, accès à l'emploi, accès à l'hébergement et au logement, accès à la santé, enfance et famille, inclusion bancaire et lutte contre le surendettement, gouvernance des politiques. Il formule plusieurs préconisations, notamment la simplification des procédures et des démarches, la coordination des institutions, la mobilisation sur l'accès à l'emploi.

Bourreau-Dubois, C., Gramain, A., Lim, H., et al. (2014). Impact du reste à charge sur le volume d'heures d'aide à domicile utilisé par les bénéficiaires de l'APA. CES Working Paper; 2014.24. Paris Centre d'économie de la Sorbonne

<ftp://mse.univ-paris1.fr/pub/mse/CES2014/14024.pdf>

Depuis 2001, en France, les personnes âgées dépendantes bénéficient d'une subvention publique (l'allocation personnalisée d'autonomie) pour financer l'achat d'heures d'aide à la réalisation des activités de la vie quotidienne. Cette subvention n'est que partielle et laisse à la charge des bénéficiaires un montant horaire qui varie selon plusieurs paramètres (son revenu, le prix facturé par le prestataire, les tarifs de solvabilisation fixés par l'autorité publique locale). A partir de données administratives issues d'un département, et en tenant compte des règles institutionnelles nationales et départementales, nous estimons l'élasticité de la demande à ce reste à charge, pour l'aide professionnelle à domicile fournie par des prestataires autorisés. Nous montrons que le reste à charge supporté par les personnes âgées dépendantes bénéficiaires de l'APA a bien un impact négatif sur leur consommation d'heures d'aide à domicile. Une augmentation du prix facturé de 10% induit une baisse du

volume d'heures de 5.5%, soit 73 minutes pour l'allocataire qui utiliserait 22 heures d'aides, ie le volume moyen utilisé par les allocataires supportant un ticket modérateur non nul.

Canta, C., Pestiau, P. et Thibault, E. (2014). Long term care and capital accumulation: the impact of the State, the market and the family. *Tse -530*. Toulouse TSE

http://www.tse-fr.eu/images/doc/wp/env/wp_tse_530.pdf

The rising level of long-term care (LTC) expenditures and their financing sources are likely to impact savings and capital accumulation and henceforth the pattern of growth. This paper studies how the joint interaction of the family, the market and the State influences capital accumulation in a society in which the assistance the children give to dependent parents is triggered by a family norm. We find that, with a family norm in place, the dynamics of capital accumulation differ from the ones of a standard Diamond (1965) model with dependence. For instance, if the family help is sizeably more productive than the other LTC financing sources, a pay-as-you-go social insurance might be a complement to private insurance and foster capital accumulation.

Ersnt et Young (2014). Rapport PCH : Compréhension de la disparité. Paris : CNSA.

https://www.cnsa.fr/sites/default/files/cnsa_etude_sur_les_conditions_dattribution_apa_pch.zip

Au-delà de l'évolution en termes de projet et de qualité de vie, la mise en œuvre de la PCH a soulevé, après désormais 7 ans de fonctionnement, une problématique majeure : comment concilier la nécessaire personnalisation de la prestation, au regard de « l'esprit de la loi » et des marges de manœuvre laissées aux MDPH pour l'analyse d'une demande, avec le principe d'équité de traitement des demandeurs ? Plus précisément, au regard des disparités observées entre les départements, comment garantir l'équité de traitement des demandeurs devant la loi ? Dans ce contexte, la CNSA a souhaité réaliser une étude quantitative et qualitative des conditions d'attribution de la PCH à domicile (enfant et adulte), afin de décrire et d'analyser, d'une part, l'ensemble des étapes du processus d'attribution de la PCH, et d'autre part, les caractéristiques et spécificités territoriales (sanitaires, sociales et économiques) dans lesquelles s'inscrivent ces pratiques. Deux principaux objectifs sont ainsi visés à travers l'étude : 1. Observer les modalités organisationnelles les plus fréquemment mises en place par les différentes MDPH dans la mise en œuvre du processus d'attribution de la PCH ; 1 Objectifs Analyse du processus d'attribution 2 Compréhension de la disparité 3 4 Conclusions Rapport PCH 5 2. Comprendre les liens éventuels entre d'un côté la disparité observée sur les territoires en termes d'attribution de la PCH et de l'autre côté les modalités organisationnelles et les caractéristiques sociales, sanitaires et économiques propres aux départements.

Fonds Cmu (2014). La protection sociale complémentaire des personnes en situation de handicap et de précarité : étude à partir des Cpm de Bordeaux, du Hainaut et de Nanterre. Paris Fonds Cmu

http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/2014-10-10_Etude_Handicap_Precarite_Fonds_CMU.pdf

François Chérèque et Christine Abrossimov, inspecteurs généraux à l'IGAS, se sont vus confier par le Premier ministre une mission sur l'évaluation des difficultés des personnes en situation de cumul de handicap et de précarité. Dans le cadre d'un groupe de travail qu'ils animaient pour cette mission, le Fonds CMU a mené une étude avec trois caisses primaires d'assurance maladie aux profils de populations différents (Bordeaux (33), Hainaut (59) et Nanterre (92)). Une première approche quantitative a été réalisée, afin de mettre à jour les

trajectoires des personnes en situation de handicap et de précarité, vis-à-vis de l'accès aux prestations d'aide à la complémentaire.

Mathe, J.-F. et Grandjean, H. (2014). "Enquête sur les modes d'évaluation et de traitement des demandes de compensation du handicap." Actualité Et Dossier En Sante Publique(89): 6-8.

[BDSP. Notice produite par EHESP GR0xCDEj. Diffusion soumise à autorisation]. La Commission maladies chroniques du HCSP mène une réflexion sur la situation des personnes handicapées. Dans ce cadre, elle a analysé les processus d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées. Pour cela, une étude a été réalisée auprès des maisons départementales des personnes handicapées.

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

<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/dossiers-solidarite-et-sante/article/le-compte-de-la-dependance-en-2011-et-a-l-horizon-2060>

[BDSP. Notice produite par MSSH-EHESP R0x9pA9C. Diffusion soumise à autorisation]. 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. A 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. (R.A.).

2013

Blanchard, P., Strohl-Maffesoli, H. et Vincent, B. (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

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000663-evaluation-de-la-prise-en-charge-des-aides-techniques-pour-les-personnes-agees>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE JABB9R0x. Diffusion soumise à autorisation]. 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.

Boutet, A. et Centre de ressources du développement territorial. (2013). *Vieillessement : répondre aux enjeux sociaux par une approche économique*. Paris : ETD

<https://fr.calameo.com/books/004299699a275a06c5612>

Alors que les mécanismes de solidarité mis en place par les acteurs publics pour prendre en charge le vieillissement de la population montrent leurs limites, des acteurs privés proposent des réponses aux besoins sociaux des plus solvables ; il en résulte un risque d'aggravation des fractures socioéconomiques. De plus, compte tenu de la répartition actuelle ou future des compétences, répondre pleinement à des enjeux sociaux tels que le vieillissement renvoie à une dimension transversale de l'action publique appelant la coordination des collectivités. Face à ces enjeux, Etd propose des pistes de réflexion en faveur d'une approche couplée des questions économiques et sociales par les différents niveaux de collectivités. (R.A.).

Calvet, L. (2013). "Dépenses de santé, hospitalisations et pathologies des personnes âgées de 75 ans ou plus." *Série Statistiques - Document de Travail - DREES 185*: 48-68.

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns2012_doss2.pdf

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.

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

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 9r8R0xGs. Diffusion soumise à autorisation]. 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.

Chevreur, K. (2013). "Financing long-term care for frail elderly in France: The ghost reform." *Health Policy* **111**(3).

<http://www.healthpolicyjrn.com/article/PIIS0168851013001504/abstract>

Like many welfare states, France is faced with increasing demand for long term care (LTC) services. Public LTC coverage has evolved over the past 15 years, reaching a coverage depth of 70%. Nonetheless, it does not provide adequate and equitable financial protection for the growing number of frail elderly individuals, who are expected to constitute 3% of the population by the year 2060. Since 2005, various financing reform proposals have been debated, ranging from a newly covered risk under the social security system to targeted subsidies for private LTC insurance. However, to date no reform measure has been enacted. This article provides a brief history of publicly financed LTC in France in order to provide a context for the ongoing debate, including the positions and relative political power of the various stakeholders and the doubtful short-term prospect for reform

Come, A.-L., Demenet, N., Favre, V., et al. (2013). L'allocation personnalisée d'autonomie : enjeux et perspectives de la mise en œuvre territoriale d'un dispositif national. **Mémoire EHESP de Module Interprofessionnel (MIP)**. Rennes : EHESP

L'APA s'inscrit dans le sillon des politiques publiques à destination des aînés, en encourageant le maintien à domicile. Instaurée par le législateur en 2001, elle vise à répondre aux lacunes des dispositifs antérieurs (ACTP, PED, PSD). En ce sens, l'APA est un dispositif hybride : prestation financière mais également dispositif d'accompagnement des personnes âgées, pour l'évaluation de leurs besoins et la définition de leur plan d'aide individualisé. Le dispositif APA est régi par un cadre national relativement strict mais sa mise en œuvre est territorialisée. Le choix d'une dévolution aux conseils généraux est présent dès le projet de loi, dans l'optique d'une gestion de proximité. Cette marge de manœuvre permet des initiatives locales en lien avec les spécificités propres à chaque territoire. L'observation de la mise en œuvre territoriale, à travers l'étude comparative entre l'Ille-et-Vilaine et le Finistère, permet de vérifier la réalisation des objectifs fixés par le législateur. Ainsi, le soutien à l'emploi et l'amélioration de la prise en charge de la dépendance avec un maintien à domicile le plus longtemps possible, conformément aux aspirations des personnes âgées, sont effectifs. Toutefois, des difficultés inhérentes à l'APA demeurent. La professionnalisation des aidants reste problématique et le maintien à domicile pose problème pour certaines catégories de personnes : les plus dépendantes, les plus démunies ou les plus isolées. Des différences s'observent tant à un niveau départemental qu'infra-départemental. Ces dernières sont pour partie expliquées par les difficultés financières que connaissent les conseils généraux. En somme, la territorialisation du dispositif APA ne permet pas d'expliquer l'ensemble des disparités constatées. Les prévisions socio-démographiques en lien avec les projections financières rendent inévitable une réforme qui devra intégrer une réflexion sur le positionnement de la société à l'égard de ses aînés. (R.A.).

Commission des Comptes (2013). Les aides à la personne ciblées sur les publics fragiles. Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2012 - Prévisions 2013., Paris : Commission des comptes de la Sécurité sociale: 48-51

https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2013/FICHE_ECLAIRAGE/CCSS-FICHE_ECLAIRAGE-AOUT_2013-LES_AIDES_A_LA_PERSONNE_CIBLEES_SUR_LES_PUBLICS_FRAGILES.pdf

Près de 30 % des personnes âgées de 60 ans et plus vivant à domicile sont aidées régulièrement en raison d'un problème de santé ou d'un handicap pour effectuer les tâches de la vie quotidienne (aide financière ou soutien). La moitié d'entre elles reçoivent au moins l'aide d'un professionnel¹. Le recours à une aide extérieure, et notamment à celle d'un professionnel, est croissant en fonction de l'âge et du niveau de dépendance. Une large part des aides publiques relatives aux services à la personne contribue à favoriser le maintien à domicile des personnes fragiles en réduisant leur reste à charge. Sont considérées comme « publics fragiles », au sens de la sécurité sociale, les personnes âgées de plus de 70 ans (dépendantes ou non) ainsi que les bénéficiaires d'un dispositif spécifique lié à la perte

Espagnacq, M. (2013). "L'aide humaine apportée aux bénéficiaires d'une allocation de compensation du handicap." *Etudes Et Résultats (Drees)*(855)

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 9R0xtkq8. Diffusion soumise à autorisation]. En 2009, 77% des bénéficiaires d'une prestation de compensation du handicap (PCH) sont aidés régulièrement pour les activités de la vie quotidienne. Dans 90% des cas, ils ont recours à leur entourage et, dans moins d'un cas sur deux, à un professionnel. 90% des personnes percevant l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) sont aidées, contre 77% des personnes bénéficiant de la PCH. Mais, toutes choses égales par ailleurs, les bénéficiaires de la PCH recourent plus souvent à un professionnel. Les professionnels sont massivement des aidants à domicile : 80% des bénéficiaires d'une aide professionnelle reçoivent ce type d'aide.

Fontaine, R. et Zerrar, N. (2013). "Comment expliquer la faible disposition des individus à se couvrir face au risque dépendance ? Une revue de la littérature." *Questions D'économie de La Santé (Irdes)*(188)

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes2013/Qes188.pdf>

Le financement de la prise en charge des personnes âgées dépendantes s'organise en France autour de trois acteurs : la famille, l'Etat et le marché. Face aux possibles difficultés à mobiliser davantage les solidarités publiques et familiales pour répondre à l'augmentation attendue des besoins de prise en charge, se pose la question du rôle que pourrait jouer à l'avenir le marché de l'assurance dépendance. Paradoxalement, malgré des restes à charge induits par la consommation de soins de longue durée pouvant atteindre au total jusqu'à plusieurs dizaines de milliers d'euros, la majorité des individus ne dispose pas de couverture assurantielle. Cette revue de la littérature propose une synthèse des différents freins à la souscription volontaire d'une assurance dépendance. Les premiers renvoient au manque d'attractivité de l'offre d'assurance qui propose des garanties partielles à un prix relativement élevé. Les seconds renvoient directement aux caractéristiques de la demande d'assurance et à la manière dont les individus appréhendent le risque dépendance. S'appuyer sur la responsabilité individuelle pour anticiper et couvrir les restes à charge induits par la consommation de soins de longue durée apparaît peu souhaitable au regard des caractéristiques du risque dépendance et de la demande d'assurance. Une analyse empirique plus précise de la perception du risque dépendance et des comportements de couverture dans le contexte français permettra d'éclairer l'opportunité d'instaurer une assurance obligatoire, ainsi que ses modalités.

Gourault, J. (2013). Le financement pérenne par les départements des allocations individuelles de solidarité. Paris Sénat

http://www.senat.fr/rap/r13-146/r13-146_mono.html

Ce rapport constitue une synthèse des enjeux, des mesures et des positions des différents acteurs autour de l'accord du 16 juillet 2013 qui doit permettre aux départements de bénéficier de ressources nouvelles pour financer les trois grandes allocations de solidarité : APA (Allocation personnalisée d'autonomie), PCH (Prestation de compensation du handicap) et RSA (Revenu de solidarité active) socle. Le manque à gagner des départements au regard des compensations accordées par l'Etat : 4,6 milliards d'euros par an, à rapporter au coût total annuel de 15 milliards d'euros pour les trois prestations de solidarité. Face à ce constat, l'accord du 16 juillet dernier prévoit d'accorder aux départements une enveloppe annuelle supplémentaire d'environ 2,1 milliards d'euros à compter de 2014.

Marquier, R. (2013). "Une décennie d'aide sociale des départements aux personnes âgées dépendantes (2001-2010)." Dossiers Solidarité Et Santé (Drees)(39)

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE ItG9R0xp. Diffusion soumise à autorisation]. 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 a 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.

Roy, D. (2013). "L'allocation personnalisée d'autonomie à l'horizon 2040." Insee Analyses(11). <http://www.insee.fr/fr/ffc/iana/iana11/iana11.pdf>

2012

Berardier, M. (2012). "Allocation personnalisée d'autonomie à domicile : quels restes à charge pour les bénéficiaires ?" Revue Française Des Affaires Sociales(2-3): 194-217

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0xnrnB8. Diffusion soumise à autorisation]. Le financement des besoins en matière de prise en charge de la dépendance des personnes âgées est réparti entre différents acteurs (l'État, l'assurance maladie, les collectivités locales, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.). L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est une des aides publiques les plus importantes dans ce domaine. Les besoins des personnes âgées sont connus sauf pour les personnes dont les besoins excèdent les plafonds. L'auteur propose de prolonger par une méthode économétrique les montants des plans au-delà des plafonds et ainsi d'estimer les dépenses et les restes à charge des personnes âgées.

Boutie, P., Clap, F., Daems, M.-A., et al. (2012). La fusion de la PCH et de l'APA : report utile, abandon nécessaire ou recul incompréhensible ? **Mémoire EHESP de Module Interprofessionnel (MIP)**. Rennes : EHESP

L'article 13 de la loi du 11 février 2005 prévoyait à partir de 2010 l'élargissement de la prestation de compensation du handicap aux personnes âgées dépendantes de plus de 60

ans. Dès lors, dans quelle mesure peut-on envisager la perte d'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes de la même façon et donc instaurer une prestation de compensation unique ? La fusion de l'APA/PCH est un objectif politique ancien dont la mise en place du "5ème risque" devait permettre la réalisation. Les deux prestations présentent des différences admettant une prise en charge distincte entre les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées. Des ressemblances quant aux besoins des publics concernés ont permis d'esquisser une convergence entre l'APA et la PCH et d'aboutir à certaines expérimentations favorables au rapprochement de ces prestations. Une analyse de terrain révèle une prise en compte des similitudes par les acteurs aboutissant au développement d'une culture commune dans la prise en charge de la perte d'autonomie avec la mise en place de méthodes et d'outils partagés. Des résistances perdurent et font encore obstacles à une fusion des deux prestations au moins à court terme. La question de la dépendance et du handicap se posent de manière différente, chacune des deux populations appelant des réponses spécifiques. Des difficultés techniques rendent encore difficile une prise en charge unifiée de la perte d'autonomie et les enjeux notamment en termes financiers restent plus prononcés s'agissant de l'APA. Dans ce contexte, des objectifs plus modestes doivent être envisagés afin de répondre de façon efficiente à l'enjeu de la dépendance. Ainsi, une convergence ciblée à travers la revalorisation de l'APA doit être opérée tout en conservant l'effort d'une complémentarité accrue entre les outils et les méthodes : la réponse possible à l'enjeu de la dépendance ne pourrait être que technique sans confusion des deux prestations. Cet état de fait ne doit pas empêcher la poursuite d'un débat sur la mise en œuvre d'un 5ème risque à travers une organisation et des logiques qui restent à arbitrer. Ce rapport présente un état des lieux de la question et expose les différentes options possibles. (R.A.).

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

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

[BDSP. Notice produite par EHESP A8rHBR0x. Diffusion soumise à autorisation]. 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.

Fontaine, R. (2012). "The effect of public subsidies for formal care on the care provision for disabled elderly people in France." Economie Publique(28-29).

<http://economiepublique.revues.org/8936?file=1>

Ce papier vise à évaluer l'effet de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) sur l'aide reçue par les personnes âgées dépendantes vivant à domicile. À partir des données de l'enquête Handicap-Santé Ménage, nous proposons une analyse statistique basée sur une méthode d'appariement par score de propension. Nos résultats suggèrent que l'aide professionnelle financée par l'intermédiaire de l'APA se substitue partiellement, selon le niveau de dépendance et les ressources en aide informelle, à de l'aide professionnelle

financée de manière privée et à de l'aide informelle, mais que globalement, bénéficiaire de l'APA améliore la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Gramain, A. et Xing, J. (2012). "Tarification publique et normalisation des processus de production dans le secteur de l'aide à domicile pour les personnes âgées ?" Revue Française Des Affaires Sociales(2-3): 218-243.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE CpR0xDAC. Diffusion soumise à autorisation]. Une enquête conduite dans six départements permet d'étudier la mise en œuvre de la tarification des services d'aide à domicile pour personnes âgées. À l'intérieur du cadre fixé par la loi, la pratique générale consiste à arrêter un tarif horaire de financement qui correspond à un coût de revient théorique calculé à partir des budgets prévisionnels déposés par les services d'aide, "redressés" par des normes locales portant sur le processus de production. La tarification apparaît donc comme un outil de normalisation des processus de production par incitation budgétaire.

Gucher, C. (2012). "Pouvoir de l'usage et citoyenneté dans un contexte de compensation de la dépendance : les enjeux des conflits d'expertise." Gérontologie Et Société(143): 95-110.

[BDSP. Notice produite par FNG JqIGqR0x. Diffusion soumise à autorisation]. La dépendance apparaît généralement comme incompatible avec l'expression de l'autonomie du sujet et plus encore avec une possible prise de pouvoir du bénéficiaire d'aides. Cependant tant dans le secteur sanitaire que social, la rénovation des politiques publiques engagée depuis plus de 20 ans, a fait émerger un socle de droits de l'usager qui appelle la transformation des pratiques professionnelles pour une reconnaissance d'un usager acteur et citoyen. Nous nous proposons d'analyser ici dans le cadre du dispositif de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) les obstacles à l'avènement de ce statut et nous intéresserons aux conflits d'expertise savante et profane. (R.A.).

Joel, M. E. (2012). "Dépendance : au-delà des coûts." Projet(326): 27-35.
http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=PRO_326_0027

Nous devons trouver une façon pérenne de financer la perte d'autonomie d'un nombre croissant de personnes âgées. Mais au-delà de la question économique, la dépendance doit être envisagée de manière collective, car elle questionne notre conception de la famille, de la solidarité ou de la ville

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.

Poletti, B. (2012). Mission relative aux difficultés financières de l'aide à domicile et aux modalités de tarification et d'allocation de ressources des services d'aide à domicile pour publics fragiles. Paris Ministère chargé des Affaires Sociales

<https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapportPoletti.pdf>

La mission a centré les réflexions de son rapport sur les points suivants : - une analyse des difficultés financières des services d'aide à domicile en début de mission pour déterminer les propositions qui pouvaient rapidement faire l'objet de mesures législatives dans le cadre des projets de lois de financement de la sécurité sociale et de finances pour 2012. Ces mesures avaient vocation de soulager rapidement les difficultés les plus criantes des SAAD ; - un examen des règles de tarification, mais également des raisons expliquant les difficultés financières du secteur conduisent à mettre en exergue des problématiques bien plus larges que la seule question économique : les difficultés de gouvernance du secteur et de coordination de l'accompagnement participent également du manque d'efficacité de la politique de maintien à domicile ; - une analyse des modalités d'application des règles de tarification du code a conduit à rechercher les solutions les plus efficaces pour répondre de façon structurelle aux difficultés du secteur tout en prenant en compte les besoins des personnes prises en charge. Parmi ces solutions, la mission s'est attachée à réaliser une évaluation des scénarii déjà en présence (ADF et IGAS-IGF) et à dégager des pistes d'expérimentation supplémentaires. Parce que la question est indissociable de la tarification, ceci passe également par des propositions visant à mieux solvabiliser les publics les plus fragiles.

Soulier, N. (2012). "L'aide humaine auprès des adultes à domicile : l'implication des proches et des professionnels." *Etudes Et Résultats (Drees)*(827)

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 8GnJGR0x. Diffusion soumise à autorisation]. 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

Berardier, M. (2011). "APA à domicile : quels montants si l'APA n'était pas plafonnée ? Essai de

Pôle documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

Page 135 sur 365

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-soutien-a-domicile-des-personnes-handicapees-et-dependantes.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-soutien-a-domicile-des-personnes-handicapees-et-dependantes.epub

modélisation." Série Sources Et Méthodes - Document De Travail - Drees(21)

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 7rGR0xDo. Diffusion soumise à autorisation]. En 2008 et 2009, six ans après la mise en place de l'APA, la DREES a monté une opération de collecte de données individuelles anonymisées concernant les bénéficiaires de l'allocation, auprès de 34 conseils généraux. Cette base de données, qui concerne plus de 500 000 personnes âgées, permet d'affiner les connaissances sur les caractéristiques sociodémographiques des bénéficiaires et d'analyser les montants des plans d'aides notifiés.

Berardier, M. et Clement, E. (2011). "L'évolution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) de 2002 à 2009 : série révisée." Etudes Et Résultats (Drees)(780)

<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er780.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE pR0xInn8. Diffusion soumise à autorisation]. Fin 2009, 1 148 000 personnes bénéficient de l'APA sur l'ensemble du territoire (métropole et DOM) : 699 000 à domicile et 449 000 en établissement. La même année, les dépenses des conseils généraux pour l'APA ont atteint 5,1 milliards d'euros, 3,3 pour l'APA à domicile et 1,8 pour l'APA en établissement. En moyenne, le montant des plans d'aide pour les personnes qui résident à domicile est de 500 euros par mois et le tarif dépendance est de 478 euros pour celles qui sont en établissement. Mise en œuvre en 2002, l'APA a vu ses dépenses augmenter en moyenne annuelle de 5,9% entre 2003 et 2009 et le nombre moyen de bénéficiaires de 8,8%.

Berardier, M. et Debout, C. (2011). "Une analyse des montants des plans d'aide accordés aux bénéficiaires de l'APA à domicile au regard des plafonds nationaux applicables." Etudes Et Résultats (Drees)(748)

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE qF8IFR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Les montants des plans d'aide notifiés aux bénéficiaires de l'APA à domicile sont déterminés après évaluation des besoins par les équipes médico-sociales des conseils généraux. Ces montants sont modulés dans la limite des plafonds nationaux selon le niveau de dépendance (GIR) des bénéficiaires. D'après les données individuelles anonymisées collectées par la DREES auprès des conseils généraux, 26% des bénéficiaires de l'APA à domicile en France métropolitaine auraient un plan d'aide "saturé", c'est-à-dire égal au plafond : leur besoin d'aide évalué par le conseil général pourrait excéder le montant maximal de prise en charge. La proportion de plans d'aide saturés serait par ailleurs plus élevée pour les cas de dépendance les plus lourds (44% en GIR 1), pour les femmes, les personnes non mariées (en général sans conjoint pour les aider, et donc susceptibles d'avoir plus fortement recours à l'aide de professionnels) et les personnes ayant une ancienneté importante dans le dispositif. Le lien entre niveau de revenus et fréquence des cas de saturation est complexe, reflétant des inégalités sociales face à la perte d'autonomie et des comportements (non-recours, intensité du recours ou passage en établissement) différents selon les revenus.

Broussy, L. (2011). Pour une prise en charge solidaire et pérenne du risque dépendance. Paris Terra Nova

http://www.tnova.fr/sites/default/files/Terra%20Nova%20-%20Rapport%20Dépendance%20-%20mai%202011_0.pdf

Ce rapport, fruit des réflexions d'un groupe de travail présidé par Luc Broussy, analyse les enjeux de la prise en charge de la dépendance, décrypte les projets actuels du gouvernement, et porte des propositions pragmatiques alliant crédibilité et ambition :

contribution de l'ensemble des Français au financement de la dépendance, meilleure lisibilité des dispositifs existants, mise en place d'une loi pluriannuelle de préparation de la France au vieillissement de sa population... (extrait R.A.)

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

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.

Chauveau, C., Vial, B. et Warrin, P. (2011). L'APA : Utilisation des plans d'aide, adhésion aux services rendus. Grenoble Odenore

<https://odenore.msh-alpes.fr/documents/wp11.pdf>

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est une allocation destinée à « toute personne âgée au moins 60 ans résidant régulièrement en France qui se trouvent dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à leur état physique ou mental » (Loi n° 2001-647 du 20 Juillet 2001). Elle est ouverte aux personnes hébergées à domicile ou dans un établissement. Le demandeur doit remplir un certain nombre de conditions pour pouvoir en bénéficier : la perte d'autonomie est évaluée par un membre de l'équipe médicosociale du Conseil général à l'aide de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources, annexe 1). Une fois attribuée, la personne âgée doit respecter certaines obligations envers le Conseil général qui finance l'allocation (annexe 2). Le non-recours à l'APA peut renvoyer à deux phénomènes distincts. Le non accès au dispositif de l'APA par des personnes pouvant y être éligibles ou l'utilisation partielle des heures prescrites pour l'intervention de Services d'aide à domicile (Saad). Cette intervention sert à entretenir le logement, préparer et aider au repas, aider la toilette, apporter des soins légers, accompagner.

De Donder, P. et Pestiau, P. (2011). Private, social and self insurance for long term care : a political economy analysis. Toulouse, IDEI: 34p.

We analyze the determinants of the demand for social, private and self-insurance for long-term care in an environment where agents differ in income, probability of becoming dependent and of receiving family help. Uniform social benefits are financed with a proportional income tax and are thus redistributive, while private insurance is actuarially fair. We obtain a rich pattern of insights, depending on whether private insurance is available or not, on its loading factor, and on the correlation between, on the one hand, income and risk, and, on the other hand, income and family help. Although the availability of private insurance decreases the demand for social insurance, it only affects a minority of agents so that the majority-chosen social insurance level remains unaffected. Family support crowds out the demand for both private and social insurance, and may even suppress any demand for private insurance. Family help crowds out self-insurance only for agents whose demand for both social and private insurance is nil. A general increase in the probability of becoming dependent need not increase the demand for social insurance, since it decreases its return.

Gisserot, H. (2011). "Le financement de la dépendance des personnes âgées." La Gazette de l'Hôpital(93): 13

Hélène Gisserot rappelle dans cet article les constats et les propositions qui avaient été formulés dans son rapport remis en 2007 à M. Philippe Bas, intitulé 'Les Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025'. Elle reprend donc ici, d'une part, la présentation des différents facteurs d'évolution du coût de la dépendance, d'autre part, les scénarios possibles retenus par le rapport, avec les sources de financement envisageables. Cette synthèse a également été publiée dans la Revue générale de droit médical du mois de mars 2011.

Kerdraon, R. (2011). Rapport sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012. Tome III : Secteur médico-social. Paris, Sénat: 45p.

Ce rapport comprend trois grandes parties : l'abandon de la réforme de la dépendance : une profonde déception ; les crédits médico-sociaux en 2012 : une dotation contrainte au regard de la poursuite des objectifs gouvernementaux ; le financement de la perte d'autonomie par la CNSA.

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

<http://www.credoc.fr/pdf/Rech/C286.pdf>

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. (extraits synthèse)

Le Bihan, B. et Martin, C. (2011). Reforming long-term care Policy in France : Private-Public Complementaries. Reforming long-term care in Europe. Costa-Font, J., Chichester : Wiley-Blackwell: 35-52.

<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

Lacroart, 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)

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE IopR0x99. Diffusion soumise à autorisation]. 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).

Lo, S.-H. et Dos Santos, S. (2011). "Les bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne et de la prestation de compensation du handicap : deux populations bien différentes." *Etudes Et Résultats (Drees)*(772)

<https://www.epsilon.insee.fr/jspui/handle/1/12497>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 8G9EJR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Trois ans après la mise en place de la prestation de compensation du handicap (PCH) qui est vouée à succéder à l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), la DREES a mené une enquête auprès d'un échantillon de bénéficiaires de l'une ou l'autre de ces prestations. Ces populations souffrent le plus souvent d'une déficience motrice (42% des allocataires de la PCH et 37% de ceux de l'ACTP ont une déficience principale motrice) mais diffèrent fortement sur les autres types de déficience : les déficients intellectuels et visuels sont plus nombreux parmi les allocataires de l'ACTP tandis que parmi les allocataires de la PCH, on trouve davantage de personnes ayant une déficience auditive ou langagière. Même si la PCH couvre divers types d'aides (aides humaines, mais aussi aides techniques ou aménagements du logement par exemple), la prestation est principalement attribuée pour financer de l'aide humaine, le plus souvent pour dédommager un aidant familial. Les bénéficiaires de l'ACTP peuvent conserver leur allocation ou basculer vers la nouvelle prestation, la PCH. Le choix pour l'une ou l'autre prestation est fortement lié au type de déficience de la personne, mais aussi à la nature et à l'importance des besoins d'aide. Il apparaît ainsi que les allocataires qui ont opté pour la PCH ont des besoins relativement élevés aussi bien en aides humaines qu'en aides matérielles. La PCH serait alors plus adaptée à leurs besoins que l'ACTP qui ne couvre que l'aide humaine.

Mansuy, M. (2011). "Intervention sociale en faveur des personnes âgées dépendantes : regards croisés entre la France et la Loire-Atlantique." *Revue Française Des Affaires Sociales*(4): 56-87.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE BGR0xmts. Diffusion soumise à autorisation]. La demande d'intervention sociale concernant les personnes âgées s'accroît avec le vieillissement de la population. Depuis 2003, en tant que chefs de file de l'action sociale décentralisée, les départements sont responsables des réponses à y apporter. Dans un contexte budgétaire contraint, ils éprouvent le besoin de se comparer à d'autres critères que ceux immédiatement disponibles, telle la taille de leur population. L'information comparable devient un enjeu décisif. Construire un système d'information permettant des comparaisons est l'objectif d'un travail partenarial en cours, impliquant des départements et des organismes nationaux. L'article présente l'analyse réalisée à partir d'indicateurs construits dans ce cadre.

Mantovani, J., Garnung, M., Cayla, F., et al. (2011). Qualité de prise en œuvre de l'APA à domicile : positionnements de gestionnaires, professionnels et bénéficiaires pour une approche croisée

de la qualité. Toulouse ORS Midi-Pyrénées:

<http://www.ormsip.org/tlc/documents/rapportfinalapa.pdf>

[BDSP. Notice produite par ORSMIP 9R0xFDGm. Diffusion soumise à autorisation]. Cette démarche de "recherche-évaluation" se propose de participer à une réflexion sur la qualité de mise en œuvre de l'APA à l'échelon départemental. Il s'agit aussi de préciser des critères de qualité avec des objectifs plus larges de démarche qualité plus mesurante, au regard des attendus initiaux de la formule : assurer le soutien à domicile aux personnes handicapées âgées ; préserver ou restaurer l'autonomie de la personne dans l'exercice des activités de la vie quotidienne ; maintenir ou développer les relations et activités sociales des personnes. Quatre volets ont été développés : analyse des données sur la base de données informatisées des bénéficiaires APA ; enquête par questionnaire réalisée auprès d'environ 1 500 bénéficiaires ; étude qualitative : 45 monographies de situations variées dans différents contextes d'habitat ; phase transversale d'échanges de partage des résultats avec les services compétents. La démarche a d'abord consisté à prendre la mesure de la diversité des situations des bénéficiaires (20% de personnes classées en GIR 1 ou 2, 20% en GIR 3, et 60% en GIR 4 - catégorie particulièrement hétérogène-dans des contextes locaux très différenciés). Le dispositif APA apparaît souvent complexe, de compréhension difficile pour les plus vieux, leur famille (et différents professionnels). Sa mise en œuvre reste très marquée encore de logiques assistancielles. Mais il suscite l'expression d'un bon niveau de satisfaction, dont la recherche permet de mieux comprendre autant les malentendus que les attendus sous-jacents, notamment en matière de prévention des risques.

Moreau, B. (2011). "Quelle solidarité pour l'aide à l'autonomie ?" *Problèmes Economiques*(3025): 29-34.

En février 2011, le débat national sur la dépendance s'est déroulé dans un contexte financier très contraint. Les enjeux sont multiples : faire face à l'inflation continue des dépenses d'allocation personnalisée d'autonomie (APA), qui pèsent surtout sur les départements ; favoriser le maintien à domicile et réduire la somme qui reste à la charge des personnes âgées dans les maisons de retraite. Cependant, le débat ne peut se limiter à des questions d'équilibre financier. Le véritable enjeu est la solidarité entre les générations. C'est la raison pour laquelle on parle également parfois de cinquième risque de protection sociale.

2010

Debout, C. (2010). "Caractéristiques sociodémographiques et ressources des bénéficiaires et nouveaux bénéficiaires de l'APA : premiers résultats des données individuelles APA 2006-2007." *Etudes et résultats*(730)

Fin 2007, en France métropolitaine, un bénéficiaire de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) sur deux a plus de 85 ans. Un quart des bénéficiaires a plus de 89,5 ans. La proportion de bénéficiaires de l'APA dans l'ensemble des personnes âgées de 75 ans ou plus s'élève à 17%. Parmi les 1 064 000 personnes bénéficiaires de l'APA en métropole, 61% vivent à leur domicile et 39% en établissement. Qu'ils résident à domicile ou en établissement, un quart des bénéficiaires sont des hommes. Au-delà de 92 ans, les bénéficiaires de l'APA résident majoritairement en établissement. Les bénéficiaires de l'APA résidant en établissement sont le plus souvent célibataires, divorcés ou veufs : 88% de femmes sont dans ce cas contre 69% des hommes. Un bénéficiaire de l'APA sur deux a des ressources mensuelles supérieures à 938 euros, mais pour un bénéficiaire sur quatre ces

ressources sont inférieures à 670 euros. En 2007, 387 000 nouveaux bénéficiaires de l'APA sont rentrés dans le dispositif, dont 294 000 à domicile et 93 000 en établissement. Les personnes évaluées en GIR 1 ou 2 (dépendance lourde) représentent une part beaucoup plus importante des nouveaux bénéficiaires en établissement (45%) qu'à domicile (26%).

Debout, C. (2010). "Durée de perception de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA)." Série Sources Et Méthodes - Document De Travail - Drees(15)
<http://www.drees.sante.gouv.fr/serie-sources-et-methodes,755.html>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE EDtspR0x. Diffusion soumise à autorisation]. La question de la prise en charge de la dépendance est importante, dans un contexte de vieillissement de la population et plus particulièrement avec l'arrivée aux grands âges des générations nombreuses issues du baby-boom. L'allocation personnalisée d'autonomie (APA), s'adresse aux personnes âgées de 60 ans ou plus confrontées à des situations de perte d'autonomie. Une base de données, construite à partir de données collectées auprès de 34 conseils généraux, concerne plus de 500 000 personnes âgées, permet d'affiner les connaissances sur les caractéristiques sociodémographiques des bénéficiaires et d'analyser leur parcours durant la période de prise en charge. À partir de ces données, la méthode économétrique pour simuler la durée pendant laquelle les personnes entrées dans le dispositif en 2007 percevraient l'APA. Ce document présente la méthodologie mise en place ainsi que les résultats détaillés des estimations obtenues.

Debout, C. (2010). "La durée de perception de l'APA : 4 ans en moyenne : premiers résultats des données individuelles APA 2006-2007." Etudes Et Résultats (Drees)(724)
<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er724.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0xopIFH. Diffusion soumise à autorisation]. En complément des enquêtes présentant des données de cadrage, la DREES a recueilli en 2008-2009, auprès de conseils généraux, des données individuelles anonymisées sur les bénéficiaires de l'APA. Ces données permettent d'estimer la durée pendant laquelle les personnes percevront cette prestation, selon leur lieu de vie à l'ouverture des droits (domicile ou établissement) et leur niveau de dépendance. Les résultats présentés portent sur les personnes pour lesquelles des droits à l'APA ont été ouverts en 2007. À cette époque, ces bénéficiaires ont en moyenne 83 ans. Après simulation des trajectoires, ils percevraient l'APA pendant 4 ans en moyenne. Les nouveaux bénéficiaires entrant en établissement toucheraient l'APA un an de moins que ceux qui vivent à domicile. La méthode employée est illustrée ici par la simulation de plusieurs cas types : les bénéficiaires qui, au moment de leur entrée dans le dispositif en 2007, ont entre 80 et 84 ans, vivent à domicile et sont modérément dépendants ; et ceux qui sont âgés de 85 à 89 ans, résident en établissement et sont lourdement dépendants.

Legal, R., Raynaud, D. et Vidal, G. (2010). "La prise en charge des dépenses maladie des assurés sociaux en fonction du risque constaté : quelle contribution de l'assurance maladie et des organismes complémentaires ?" Série Statistiques - Document de Travail - DREES(149): 57-72

La présente étude analyse la prise en charge des dépenses maladie des assurés sociaux par l'assurance maladie mais aussi par les assurances complémentaires selon la gravité de leur état de santé, appréhendée ici à travers la reconnaissance d'une affection de longue durée (ALD). La dépense des assurés ayant le risque santé le plus élevé est en moyenne 6 fois supérieure à celle des autres assurés, ce qui traduit bien la gravité des pathologies qui les affectent. L'assurance maladie contribue à améliorer significativement l'accessibilité

financière aux soins pour les plus malades : après son intervention, la dépense moyenne de ces personnes est divisée par 12. Toutefois, malgré l'ampleur de la redistribution horizontale qu'elle organise, les plus malades supportent un reste à charge moyen toujours plus élevé que les autres assurés. L'assurance maladie organise également une redistribution verticale importante : en effet, les personnes les plus modestes ont plus fréquemment un risque santé élevé que les plus aisées. Toutefois, même si le système actuel constitue un filet de protection largement efficace, une frange de la population doit faire face à des dépenses de santé importantes qui ne sont pas remboursées par la sécurité sociale. Ces restes à charge « catastrophiques » sont principalement liés aux dépenses hospitalières. L'assurance maladie complémentaire contribue également à réduire le reste à charge des assurés. Logiquement, la part de la dépense qu'elle prend en charge est d'autant plus importante que celle de l'assurance maladie est faible. Les mécanismes de redistribution de l'assurance maladie obligatoire bénéficiant aux plus malades jouent un rôle régulateur important du marché de la couverture complémentaire. En concentrant les dépenses de l'assurance maladie sur les plus malades, ils permettent de réduire, du point de vue des assureurs complémentaires, le différentiel de dépenses non remboursées et donc l'écart de risque avec les moins malades et limitent donc leur intérêt pour pratiquer la sélection des risques ou la tarification en fonction de l'état de santé. Ils favorisent donc l'accès des plus malades à une couverture complémentaire en modérant le montant des primes qu'ils supportent.

Montgolfier, A. d., Cazalet, A. et Blanc, P. (2010). Rapport d'information sur l'évaluation des coûts de l'allocation aux adultes handicapés (AAH). Rapport d'information ; 36. Paris Sénat
<http://www.senat.fr/rap/r10-036/r10-0361.pdf>

Instituée en 1975, l'allocation aux adultes handicapés (AAH) est destinée aux personnes handicapées âgées de plus de vingt ans et ne pouvant prétendre à un avantage vieillesse, une pension d'invalidité ou une rente d'accident du travail d'un montant au moins égal à l'AAH. Elle est attribuée en fonction de critères médicaux et sociaux par les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). L'AAH est financée par la solidarité nationale et représente une dépense globale qui devrait atteindre près de 7 milliards d'euros en 2011. Le nombre d'allocataires de l'AAH ne cessant d'augmenter, la dépense relative à cette prestation sociale est en progression continue depuis plusieurs années. C'est dans ce contexte qu'un contrôle a été mené conjointement par la commission des finances et la commission des affaires sociales. L'objectif était de mieux comprendre les raisons de cette progression, mais aussi celles de la sous-évaluation, quasi-systématique, des crédits nécessaires à la couverture des besoins réels de l'AAH dans les projets de loi de finances initiale successifs.

Pestieau, P. et Ponthiere, G. (2010). Long term care insurance puzzle. Paris PSE
<https://ideas.repec.org/p/cor/louvco/2010023.html>

The purpose of this paper is to examine the alternative explanatory factors of the so-called long term care insurance puzzle, namely the fact that so few people purchase a long term care insurance whereas this would seem to be a rational conduct given the high probability of dependence and the high costs of long term care. For that purpose, we survey various theoretical and empirical studies of the demand and supply of long term care insurance. We discuss the vicious circle in which the long term care insurance market is stuck: that market is thin because most people find the existing insurance products too expensive, and, at the same time, the products supplied by insurance companies are too expensive because of the thinness of the market. Moreover, we also show that, whereas some explanations of the puzzle involve a perfect rationality of agents on the LTC insurance market, others rely, on the

contrary, on various behavioral imperfections.

ÉTUDES : EUROPE

2020

Allan, S., Gousia, K. et Forder, J. (2020). "Exploring differences between private and public prices in the English care homes market." *Health Economics, Policy and Law*: 1-16.

<https://www.cambridge.org/core/article/exploring-differences-between-private-and-public-prices-in-the-english-care-homes-market/E9F6D2A0D75466B2E7146B9557DE695F>

This work quantitatively assesses the potential reasons behind the difference in prices paid by care home residents in England. Evidence suggests that the price paid by private payers is higher than that paid for publicly supported residents, and this is often attributed to the market power wielded by local authorities as the dominant purchaser in local markets. Estimations of private prices at the local authority level are used to assess the difference in price paid between private and public prices, the fees gap, using data from 2008 to 2010. Controlling for local area and average care home characteristics, the results indicate that both care home and local authority market power play a role in the price determination of the market.

Kattenberg, M. et Bakx, P. (2018). Are substitute services a barrier to controlling long-term care expenditures? *CPB Discussion Paper*; 382. La Hague CBS: 24.

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:cpb:discus:382.rdf&r=hea>

In many developed countries long-term care expenditures are a major source of concern, which has urged policy makers to cost reductions. However, long-term care financing is highly fragmented in most countries and hence reducing total costs is complicated: spending reductions in one type of care may have spillover effects elsewhere in the system. These spillovers may be substantial, as we show using a reform in the financing of one type of publicly financed home care in the Netherlands, domestic help. We show that this reform not only affected consumption of this care type, but also the consumption of three other types of long-term care that are financed through another public scheme.

2019

Acker, D. et Bonnet, C. (2019). Politique de soutien à l'autonomie des personnes âgées : quelques comparaisons internationales. Note du Conseil de l'Age. Paris HCFEA

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

Cette note porte sur 9 pays : l'Allemagne, le Danemark, l'Espagne, l'Italie, la Suède et le Québec, ainsi que sur la Belgique, les Pays-Bas et le Japon. Tous les pays étudiés sont confrontés aux enjeux du vieillissement et de la perte d'autonomie. Les stratégies développées et les grandes orientations sont similaires : priorité au soutien à domicile, diversification des réponses en termes de lieux de vie et des choix offerts aux familles, tendance à l'extension des prestations en espèces plutôt qu'en nature, soutien aux aidants et attention portée à la question de la qualification des professionnels du secteur.

del Pozo-Rubio, R. et Jiménez-Rubio, D. (2019). "Catastrophic risk associated with out-of-pocket

Pôle documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-soutien-a-domicile-des-personnes-handicapees-et-dependantes.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-soutien-a-domicile-des-personnes-handicapees-et-dependantes.epub

payments for long term care in Spain." *Health Policy*.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851019300843>

Objectives This study analyses the financial burden associated with the introduction of copayment for long term care (LTC) in Spain in 2012 for dependent individuals. **Material and methods** We analyse and identify households for which the dependency-related out-of-pocket payment exceeds the defined catastrophic threshold (incidence), and the gap between the copayment and the threshold for the catastrophic copayment (intensity), for the full population sample and for subsamples based on the level of long-term care dependency and on regional characteristics (regional income and political ideology of party ruling the region). **Results** The results obtained show there is a higher risk of impoverishment due to copayment among relatively well-off dependents, although the financial burden falls more heavily on less well-off households. Our findings also reveal interesting regional patterns of inequity in financing and access to long-term care services, which appear to be explained by an uneven development of LTC services (monetary transfers versus formal services) and varying levels of copayment across regions. **Conclusions** The new copayment for long-term care dependency in Spain is an important factor of catastrophic risk, and more attention should be addressed to policies aimed at improving the progressivity of out-of-pocket payments for LTC services within and between regions. In addition, formal services should be prioritised in all regions in order to guarantee equal access for equal need.

Garcia-Gomez, P., Hernandez-Pizarro, H. M. et Lopez-Casasnovas, G. (2019). Unravelling Hidden Inequities in a Universal Public Long-Term Care System. *Tinbergen Institute Discussion Paper ; TI 2019-011/V*. Rotterdam Tinbergen Institute
<https://ideas.repec.org/p/tin/wpaper/20190011.html>

We investigate whether publicly subsidized long-term care (LTC) is allocated according to needs, independently from income, using administrative data from all applicants for public LTC in Catalonia, from 2011 to 2014. We measure the level of horizontal inequity in subsidies to compensate informal care costs, formal home care, and institutional care using objective detailed information on needs. Our findings suggest that the system is inequitable; cash transfers are distributed among the financially better-off, while the use of nursing homes is concentrated among the worse-off. Additionally, we assess the inequity in the form of provision (voucher versus in-kind) and its implications for the equity in the time to access. Our results show that while in-kind provision is concentrated among the worse-off, the better-off are more likely to receive a voucher to (partly) subsidize LTC expenses. However, this duality does not imply inequity in the time to access a nursing home.

Klimaviciute, J. et Pestieau, P. (2019). Insurance with a deductible. A way out of the long term care insurance puzzle. *CORE Discussion Paper; 2019/02*. Louvain-la-Neuve CORE
<https://ideas.repec.org/p/cor/louvco/2019002.html>

Long-term care (LTC) is one of the largest uninsured risks facing the elderly. In this paper, we first survey the standard causes of what has been dubbed the LTC insurance puzzle and then suggest that a possible way out of this puzzle is to make the reimbursement formula less threatening for those who fear a too long period of dependence. We adopt a reimbursement formula resting on Arrow's theorem of the deductible, i.e. that it is optimal to focus insurance coverage on the states with largest expenditures. It implies full self-insurance coverage on the states with largest expenditures. It implies full self-insurance for the first years of dependency followed by full insurance thereafter. We show that this result remains at work with ex post moral hazard.

van Lier, L. I., van der Roest, H. G., Oosten, B. S. H., et al. (2019). "Predictors of Societal Costs of Older Care-Dependent Adults Living in the Community in 11 European Countries." Health Services Insights **12**: 117863291882094.

2018

Bulamu, N. B., Kaambwa, B. et Ratcliffe, J. (2018). "Economic evaluations in community aged care: a systematic review." BMC Health Serv Res **18**(1): 967

BACKGROUND: This paper reports the methods and findings from a systematic review of economic evaluations conducted in the community aged care sector between 2000 and 2016. **METHODS:** Online databases searched were PubMed, Medline, Scopus, and web of science, CINAHL and informit. Studies were included if they 1) were full economic evaluations that compared both the costs and outcomes of two or more interventions 2) in study population of people aged 65 years and over 3) dependent older people living in the community 4) alternatives being compared were care models or service delivery interventions in the community aged care sector (a group of programs that have been established as a support system to allow older people to remain living in their own homes for as long as possible, as an alternative to institutional or residential care) and 5) published in the English language between 2000 and November 2016. **RESULTS:** Eleven studies reporting upon economic evaluations of service delivery interventions in community aged care were identified; the majority of which were undertaken in Europe. Critical appraisal of the identified studies highlighted the methodological rigour in these evaluations. **CONCLUSION:** This systematic review highlights the paucity of economic evaluation studies conducted to date in the community aged care sector. The findings highlight the importance of cost utility analysis methodology as it allows for a uniform outcome measure, that facilitates the comparison of different interventions. In addition, multi-attribute utility measures that represent those quality of life domains that are most important to older people should be used and attention must be paid to the inclusion of informal care costs and outcomes as this is a key resource in community aged care service delivery.

CEE (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->

Pôle documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-soutien-a-domicile-des-personnes-handicapees-et-dependantes.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-soutien-a-domicile-des-personnes-handicapees-et-dependantes.epub

[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.

Incisivehealth (2018). An international comparison of long-term care funding and outcomes: insights for the social care green paper. Londres Age UK, Londres Incisive Health

www.incisivehealth.com/wp-content/uploads/2018/08/international-comparison-of-social-care-funding-and-outcomes.pdf

By 2068 there will be an extra 8.6 million people aged 65 or over living in the UK, with over-65s making up 26% of the population. With more of us living longer and many people having one or more long-term conditions, more people will need access to long-term care. Incisive Health partnered with Age UK to examine what five other countries have done to respond to the question of how long-term care should be funded and delivered.

Klimaviciute, J., Pestieau, P. et Schoenmaeckers, J. (2018). Altruism and long-term care insurance, Université catholique de Louvain, Center for Operations Research and Econometrics (CORE), CORE Discussion Papers: 2018017.

The aim of this paper is to analyze long-term care (LTC) insurance purchase decisions when parents expect to receive assistance from altruistic children. We first propose a simple theoretical model in which we show that the effect of children's altruism on parents' insurance decision is ambiguous and depends on a number of factors: the degree of substitutability between informal and formal care, the degree of parental altruism and the concavity of the utility functions. We then run an empirical test using data from the US, France, Spain, Germany and Israel. We find that the effect of children's altruism is negative in the US and Israel, but not significant in France, Germany and Spain, which possibly suggests that the different forces identified in the theoretical model are offsetting each other.

Klimaviciute, J., Pestieau, P. et Schoenmaeckers, J. (2018). Long-term care insurance with family altruism: Theory and empirics, Université catholique de Louvain, Center for Operations Research and Econometrics (CORE), CORE Discussion Papers: 2018011.

This paper studies long-term care (LTC) insurance in the presence of family altruism. In the first, theoretical, part of the paper, we explore whether and how family solidarity affects the application to LTC of Arrow's (1963) theorem of the deductible, which is shown to apply in models without family by a number of papers. We consider two types of family altruism, perfect and imperfect, and find that Arrow's theorem generally holds, even though some departures from the standard model and some differences between the types of altruism exist. Our analysis highlights a complex interplay between parents' insurance and their children's aid, which implies that a number of intuitive conjectures are not always verified.

For instance, while one would expect the deductible to be increasing in the child's degree of

altruism, this is unambiguously verified only under certain conditions. Given the ambiguity of some results, in the second part of the paper, we resort, more generally, to an empirical test of the relation between LTC insurance and children's altruism using the data from the Health and Retirement Study (HRS). Our findings suggest that children's altruism has a negative impact on parents' LTC insurance purchases, even though some results also point to this relationship being more complex than one might think.

Nishi, T. (2018). The impact of revision for coinsurance rate for elderly on healthcare resource utilization: a pilot study using interrupted time series analysis of employee health insurance claims data. *MPRA Paper* : 86329. Munich MPRA
<https://econpapers.repec.org/paper/pramprapa/86329.htm>

Cost sharing, including copayment and coinsurance, is often used as a means of containing medical expenditure by reducing unnecessary or excessive use of health-care resources. Previous studies have reported the effects of reducing the coinsurance rate in Japan from 30% to 10% on demand for medical care among people aged 70 years. However, the coinsurance rate in Japan for individuals aged 70–74 years old has recently been increased from 10% to 20%. This study aimed to estimate the economic impact of coinsurance rate revision on health-care resource utilization using interrupted time-series analysis of employee health insurance claims data. I classified those who were born in FY 1944 and whose coinsurance rates decreased to 20% into the 10%-reduction group. It was found that the 10%-reduction group showed a lower increase of health-care utilization than the 20%-reduction group. However, no significant differences were observed in the overall and inpatient settings. The results of this study suggest that increasing the coinsurance rate among elderly people would reduce outpatient health-care resource utilization; however, it would not necessarily reduce overall health-care resource utilization.

Rodrigues, R., Ilinca, S. et Schmidt, A. E. (2018). "Income-rich and wealth-poor? The impact of measures of socio-economic status in the analysis of the distribution of long-term care use among older people." *Health Econ.* ;27(3):637-646

This article aims to investigate the impact of using 2 measures of socio-economic status on the analysis of how informal care and home care use are distributed among older people living in the community. Using data from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe for 14 European countries, we estimate differences in corrected concentration indices for use of informal care and home care, using equivalised household net income and equivalised net worth (as a proxy for wealth). We also calculate horizontal inequity indices using both measures of socio-economic status and accounting for differences in need. The findings show that using wealth as a ranking variable results, as a rule, in a less pro-poor inequality of use for both informal and home care. Once differences in need are controlled for (horizontal inequity), wealth still results in a less pro-poor distribution for informal care, in comparison with income, whereas the opposite is observed for home care. Possible explanations for these differences and research and policy implications are discussed.

Tenand, M., Bakx, P., Van Doorslaer, E., et al. (2018). Equal long-term care for equal needs with universal and comprehensive coverage? An assessment using Dutch administrative data. *Tinbergen Institute Discussion Paper* ; TI 2018-098/V. Rotterdam Tinbergen Institute
<https://ideas.repec.org/p/tin/wpaper/20180098.html>

The Netherlands is one of the few countries that offer generous universal coverage of long-

term care (LTC). Does this ensure that the Dutch elderly with similar care needs receive similar LTC, irrespective of their income? In contrast with previous studies of inequity in care use that relied on a statistically derived variable of needs, our paper exploits a readily available, administrative measure of LTC needs, stemming from the eligibility assessment organized by the Dutch LTC assessment agency. Using exhaustive administrative register data on 616,934 individuals aged 60 and older eligible for public LTC, we find a substantial pro-poor concentration of LTC use that is only partially explained by poorer individuals' greater needs. Among those eligible for institutional care, higher-income individuals are more likely to use – less costly – home care. This pattern may be explained by differences in preferences, but also by their higher copayments for nursing homes and by greater feasibility of home-based LTC arrangements for richer elderly. At face value, our findings suggest that the Dutch LTC insurance 'overshoots' its target to ensure that LTC is accessible to poorer elderly. Yet, the implications depend on the origins of the difference and one's normative stance.

Wouterse, B., Hussem, A. et Wong, A. (2018). The effect of co-payments in Long Term Care on the distribution of payments, consumption, and risk. HEDG Working Paper ; 18/24. York University of York

www.york.ac.uk/media/economics/documents/hedg/workingpapers/1824.pdf

Population aging leads to concerns about the financial sustainability of collective long term care insurance systems. One way to keep public spending in check is by increasing the role of co-payments. An interesting feature of the copayments that have been introduced in the Netherlands is that they are income and wealth dependent. This dependency allows the fine-tuning of effects across income groups, but can also distort consumption decisions of the elderly. Modeling long term care expenditures over the lifecycle is challenging because of their very uneven distribution, with a small proportion of elderly experiencing very high costs. We use a flexible semi-parametric nearest-neighbor approach to estimate lifecycle paths of long term care spending. We apply this approach to an extensive administrative data set for the entire Dutch elderly population. The estimated paths are then used as inputs in a stochastic lifecycle decision model for singles at the retirement age. We analyze the effects of different co-payment schemes on the distribution of LTC payments, consumption and risk across income groups. We find that, compared to a flat-rate co-payment, income- and especially wealth-dependent copayments lead to much lower welfare costs for groups with low financial means. At the same time, the welfare costs of the groups with the highest means increase only slightly. Excluding a bequest motive leads to lower, and including health state dependent utility to higher welfare losses due to co-payments compared to full insurance.

2017

Brenna, E. et Gitto, L. (2017). "To What Extent Is Long-term Care Representative of Elderly Care? A Case Study of Elderly Care Financing in Lombardy, Italy." Int J Health Policy Manag 6(8): 467-471.

The ageing of European population has been rapidly increasing during the last decades, and the problem of elderly care financing has become an issue for policy-makers. Long-term care (LTC) financing is considered a suitable proxy of the resources committed to elderly care by each government, but the preciseness of this approximation depends on the extent to which LTC is representative of elderly care within each country. Since there is a broad heterogeneity in LTC funding, organization and setting among European States, it is difficult

to find a common parameter representing the public resources destined to the elderly care. We address these topics employing as a case study an Italian region, Lombardy, which in terms of population, dimension, healthcare organization and economic development could be compared to other European countries. The method we suggest, which consists basically in a careful estimate of all the public resources employed in the provision of services exclusively destined to the elderly, could be applied, with the due differences, to other European countries or regions.

Carrieri, V., Di Novi, C. et Orso, C. E. (2017). "Home Sweet Home? Public Financing and Inequalities in the Use of Home Care Services in Europe." *Fiscal Studies* **38**(3): 445-468.

Income-related inequalities in health care access have been found in several European countries, but little is known about the extent of needs-adjusted inequalities (inequities) in the provision of long-term care (LTC) services. This paper fills this gap: it addresses equity issues related to the provision of home care services across three macro areas in Europe that are highly heterogeneous in terms of the degree of public financing of LTC and the strength and social value of family ties. Using cross-country comparative microdata from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), we estimate and decompose an Erreygers concentration index of the use of both paid domestic help ('unskilled' care) and personal nursing care ('skilled' care), measuring the contribution of income, need and non-need factors to overall inequality. We base the decomposition on a bivariate probit model that takes into account the interaction between formal and informal home care use. We find higher inequities in the use of unskilled home care in areas where public financing of LTC is relatively low ('Southern Europe') than in areas where the public-private mix of financing is more balanced ('Continental Europe'). At the same time, we do not detect inequity in 'Northern Europe', which is characterised by high public spending on universal, equitable services, including LTC public coverage. In all areas, we find informal care is a substitute for paid unskilled care among the poor, and this contributes to further skewing of the distribution of the use of formal care services towards the rich.

CEE (2017). Care homes for older Europeans: Public, for-profit and non-profit providers. Luxembourg Publications Office of the European Union
<http://www.eurofound.europa.eu/docs/ewco/tn1212025s/tn1212025s.pdf>

With people living longer, the need for affordable care of high quality to support Europe's population increases. Over the last ten years there has been an expansion of the private sector in terms of the number of care homes and the places they provide. This increase takes place in a context of decrease or very slow growth in the services provided in public care homes. This report examines services in the public and private sectors, how they differ in the services they provide in terms of the quality, accessibility and efficiency of services. As private provision increases, costs to users are likely to become a more significant barrier issue unless there is an increase in public benefits to subsidise use. There are also some differences in the location of different types of care homes, with private care homes more likely to be found in affluent urban areas. Differences in the types of residents are influenced by the profitability of the services they require.

Costa-Font, J. et Zigarette, V. (2017). Building 'Implicit Partnerships'? Financial Long Term Care Entitlements in Europe. *LSE 'Europe in Question' Discussion Paper Series;125*. London London School of Economics and Political Science
https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3052190

The public funding of long-term care (LTC) programs to support the frail elderly is still underdeveloped compared to other areas of social protection for old age. In Europe, any moves to broaden entitlements to LTC are impeded by increasing demand for care coinciding with constrained public finances. We examine a set of conditions that facilitate modifications to the financial entitlement to LTC and elaborate the concept of 'implicit partnerships': an implicit (or 'silent') agreement, encompassing the financial co-participation of public funders and the time and/or financial resources of users and their families. We argue that the successful building of 'implicit partnerships' opens the door to potential reform of financial entitlements, either through 'user partnerships' relying on users' co-payments, or 'caregiver partnerships' relying on informal care provision. We examine entitlements over time in seven European countries; the EU-5, the Netherlands and Sweden. Furthermore, we show that public attitudes towards financing and provision of LTC support the country specific financial entitlements and the type of implicit partnership we identify.

Freeman, E., Knapp, M. et Somani, A. (2017). Long-Term Care Organization and Financing A2 - Quah, Stella R. International Encyclopedia of Public Health (Second Edition). Oxford, Academic Press: 469-476.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128036785002587>

This article is an updated version of the previous edition article by Martin Knapp and Ami Somani, volume 4, pp. 133–141, © 2008, Elsevier Inc. Abstract Long-term care is provided for individuals – particularly older people – who have lost self-care capacity because of chronic illness or disability, to improve personal functioning and quality of life. Most long-term care today is provided by unpaid family caregivers, but state-provided and other services are growing in importance. There is increasing emphasis on providing care in community settings in preference to formal residential care settings. Financing of long-term care relies heavily on collective prepayment and out-of-pocket arrangements, with funding shifting increasingly onto service users and families. Self-directed support systems are being introduced in some countries. The future affordability of long-term care is a major challenge across the world.

Halaskova, R., Bednar, P. et Halaskova, M. (2017). "Forms of Providing and Financing Long-Term Care in OECD Countries." Review of Economic Perspectives **17**(2): 159-178.

Long-term care is being prioritised due to population ageing, and hand in hand with the development of professional provision of long-term care, public expenditures will be increasing. Mainly countries with a sharp increase in the number of people aged 80+ will have to address the sustainability of long-term care systems and the procurement of relevant services. This paper aims to evaluate the forms of provision and financing of long-term care in selected OECD countries. Provision and funding of long-term care in terms of a formal system are assessed based on selected criteria using analytical methods (principal component analysis and Two Step cluster analysis). Results of the evaluation carried out in 2008 and 2013 by means of the selected indicators of long-term care, using Two Step cluster analysis, confirmed both as similar as well as different approaches to the provision and financing of long-term care in the analysed countries. The most marked differences in the provision of care based on indicators LTC recipients aged 65+ and LTC recipients in institutions as a percentage of total LTC recipients were found between the first cluster (Australia and Korea with the highest share of LTC recipients) and the second cluster (Czech Republic, Estonia, with the lowest share of LTC recipients). In financing of long-term care (LTC expenditures on institutions as a percentage of total LTC expenditures), the most significant differences were observed between the first (Australia, Korea, with the largest share of LTC expenditures on institutions) and third cluster (mainly Nordic countries, with the lowest

share of LTC expenditures on institutions of total LTC expenditures).

Hollingsworth, B., Ohinata, A., Picchio, M., et al. (2017). Labour supply and informal care supply: The impacts of financial support for long-term elderly care. GLO Discussion Paper, No. 118. sl Global Labor Organization

<https://www.econstor.eu/bitstream/10419/168427/1/GLO-DP-0118.pdf>

We investigate the impact of a policy reform, which introduced free formal personal care for all those aged 65 and above, on caregiving behaviour. Using a difference-in-differences estimator, we estimate that the free formal care reduced the probability of co-residential informal caregiving by 12.9%. Conditional on giving co-residential care, the mean reduction in the number of informal care hours is estimated to be 1:2 hours per week. The effect is particularly strong among older and less educated caregivers. In contrast to co-residential informal care, we find no change in extraresidential caregiving behaviour. We also observe that the average labour market participation and the number of hours worked increased in response to the policy introduction.

Kiersey, R. A. et Coleman, A. (2017). Approaches to the regulation and financing of home care services in four European countries. An evidence review. Dublin HRB:

Home support services provided to older people in their own homes are not subject to statutory regulation in Ireland. An increasingly ageing population and the shift away from residential care towards keeping people in their homes have increased focus on the home care sector. With the proportion of many countries' old age population set to increase over the next number of decades, many governments are beginning to create sustainable and cost-efficient care measures for this demographic. The Department of Health in Ireland is currently undertaking work to develop a new statutory formal home care scheme for older people; this evidence review is part of the preparatory work undertaken to inform the regulation and financing of such a scheme. The primary aim of the review is to describe evidence on the approaches to the regulation and financing of formal home care services, particularly for older people, in four countries – Germany, the Netherlands, Sweden, and Scotland.

Lopreite, M. et Mauro, M. (2017). "The effects of population ageing on health care expenditure: A Bayesian VAR analysis using data from Italy." Health Policy **121**(6): 663-674.

Currently, the dynamics of the population have raised concerns about the future sustainability of Italy's national health system. The increasing proportion of people over the age of 65 could lead to a higher incidence of chronic-degenerative diseases and a greater demand for health and social care with a consequent impact on health spending. Although in recent years the quantity and quality of works on the relationship between ageing and health expenditure has increased substantially these works do not always obtain similar results. Starting from this point, we use a B-VAR model and Eurostat data to investigate over the period 1990-2013 the impact of demographic changes on health expenditure in Italy. We estimate these models using impulse-response analysis and variance decomposition. The results show that health expenditure in Italy reacts more to the ageing population compared with life expectancy and per capita GDP. In response to these findings, we conclude that the impact of the increase in the elderly population with disabilities will fall on the long-term care sector. Effective health interventions, such as health-promotion and disease-prevention programs that target the main causes of morbidity, could help to minimize the cost pressures associated with ageing by ensuring that the population stays healthy in old age. We consider

the implications of this work for health care policy suggestions and for future research.

Muir, T. (2017). Measuring social protection for long-term care. *OECD Health Working Papers ; 93*. Paris OCDE

http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/measuring-social-protection-for-long-term-care_a411500a-en

This report presents the first international quantification and comparison of levels of social protection for long-term care (LTC) in 14 OECD and EU countries. Focusing on five scenarios with different LTC needs and services, it quantifies the cost of care; the level of coverage provided by social protection systems; the out-of-pocket costs that people are left facing; and whether these costs are affordable. The cost of care varies widely between countries but it is always high relative to typical incomes, meaning that LTC is often unaffordable in the absence of social protection. All countries studied have some form of social protection for LTC, but even where coverage is comprehensive, people pay some of the cost out of pocket. Coverage for home care for moderate or severe needs is often insufficient, leaving people with large out-of-pocket costs. In contrast, all countries studied ensure that institutional care is affordable. Unless family and friends can provide informal care, many people will be unable to afford LTC in their own home, leaving them with unmet needs or at risk of early institutionalisation. Benefits are usually means-tested to provide more support to those less able to afford to contribute, but it is still those with lowest incomes that are most likely to face unaffordable costs. Some countries provide financial support to informal carers, but this rarely comes close to compensating them for the time they spend providing LTC. When designing social protection systems for LTC, countries need to look systematically at the level of protection provided to people in different scenarios. Many countries aim to support people with LTC needs to remain in their own home for longer, but the results presented here suggest that gaps in social protection make this unaffordable for people with low income. Addressing these gaps should be a priority for future reforms.

Nadash, P. et Cuellar, A. E. (2017). "The emerging market for supplemental long term care insurance in Germany in the context of the 2013 Pflege-Bahr reform." *Health Policy* **121**(6): 588-593.

The growing cost of long term care is burdening many countries' health and social care systems, causing them to encourage individuals and families to protect themselves against the financial risk posed by long term care needs. Germany's public long-term care insurance program, which mandates coverage for most Germans, is well-known, but fewer are aware of Germany's growing voluntary, supplemental private long-term care insurance market. This paper discusses German policymakers' 2013 effort to expand it by subsidizing the purchase of qualified policies. We provide data on market expansions and the extent to which policy goals are being achieved, finding that public subsidies for purchasing supplemental policies boosted the market, although the effect of this stimulus diminished over time. Meanwhile, sales growth in the unsubsidized market appears to have slowed, despite design features that create incentives for lower-risk individuals to seek better deals there. Thus, although subsidies for cheap, low-benefit policies seem to have achieved the goal of market expansion, the overall impact and long-term sustainability of these products is unclear; conclusions about its impact are further muddled by significant expansions to Germany's core program. The German example reinforces the examples of the US and France private long term care insurance markets, to show how such products flourish best when supplementing a public program.

Non, M. (2017). Co-payments in long-term home care: do they affect the use of care? *CPB Discussion*

Pôle documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

Page 152 sur 365

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-soutien-a-domicile-des-personnes-handicapees-et-dependantes.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-soutien-a-domicile-des-personnes-handicapees-et-dependantes.epub

Paper; 363. La Hague CPB

We study the effect of a policy change in co-payments on the use of long-term home care in The Netherlands. The change increased co-payments for persons with considerable household financial assets. For identification we apply a difference-in-difference analysis with matched treatment and control groups. We find a significant effect at the extensive margin: persons affected by the policy change are less likely to take up care. The magnitude of the response increases over time, corresponding with an average annual price elasticity of demand of -0.14 and a price elasticity of -0.26 for episodes of care one year after the change. We do not find a significant effect at the intensive margin: persons who take up care do not use less hours of care.

Oliva-Moreno, J., Trapero-Bertran, M., Peña-Longobardo, L. M., et al. (2017). "The Valuation of Informal Care in Cost-of-Illness Studies: A Systematic Review." *PharmacoEconomics* **35**(3): 331-345.

<http://dx.doi.org/10.1007/s40273-016-0468-y>

There is a growing interest in incorporating informal care in cost-of-illness studies as a relevant part of the economic impact of some diseases.

Orlovic, M., Marti, J. et Mossialos, E. (2017). "Analysis Of End-Of-Life Care, Out-Of-Pocket Spending, And Place Of Death In 16 European Countries And Israel." *Health Affairs* **36**(7): 1201-1210.

Velche, D. (2017). "Welfare Reform Act de 2012, fusion des minima sociaux britanniques et prestations handicap." *Revue Française Des Affaires Sociales*(3): 109-128.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2017-3-page-109.htm>

Le numéro de juillet-septembre 2017 de la Revue française des affaires sociales comprend un dossier sur les minima sociaux en Europe, coordonné par Jeanne Fagnani et Brigitte Lestrade. Après quatre articles dont un dressant un panorama de l'assistance sociale en Europe, le lecteur prendra connaissance des points de vue de Brigitte Lestrade et de Dominique Acker sur le revenu universel ainsi que d'un entretien avec Étienne Pinte. Le dossier est suivi de deux articles hors thème, l'un sur L'évaluation économique en santé et l'autre sur L'hypothèse du « bébé sur mesure ». Des résultats des premières vagues d'enquête du panel de médecins généralistes et deux notes de lecture complètent ce numéro. La première note, de Marianne Berthod-Wurmser, traite de Léguer – Hériter et la seconde, de Sarah Rozenblum, de Quel modèle d'État stratège en France ?

2016

Brenna, E. et Gitto, L. (2016). Financing elderly care in Italy and Europe. Is there a common vision? *Working Paper; 47*. Milan Università Cattolica del Sacro Cuore

<http://dipartimenti.unicatt.it/economia-finanza-working-papers-del-dipartimento-n-47-financing-elderly-care-in-italy-and-europe-is-there>

There is a general consensus in considering the public financing for LTC as a suitable proxy of the resources committed to elderly care by each Government. But the preciseness of this approximation depends on the extent to which LTC is representative of elderly care within a country. We investigate this issue by estimating the resources specifically spent on elderly assistance in Lombardy, an Italian region which in terms of population, dimension, health

care organization and economic development could be compared to many European countries, such as Sweden, Austria or Belgium. The analysis focuses on the public financing on elderly care in Italy and, in particular, in Lombardy, both in terms of organizational level (central/regional/local) and governmental responsibility (Welfare/Social Department). Quantitative data on the financing of elderly care is drawn from the national and regional balances; the provision of services is analyzed using regional and community based data. Results address two main questions. First, they highlight the absence of an appropriate method for assessing the public resources committed by each European country to LTC elderly expenditure. Second, our findings suggest an overestimate of the funding actually spent for elderly care in Italy: this should be of warning for policy makers, especially in view of an increasing ageing of the population.

CEE (2016). Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability.

Luxembourg Publications Office of the European Union

http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/eeip/ip037_en.htm

Ce rapport examine les défis politiques des secteurs de la santé et des soins de longue durée dans les 28 pays membres de l'Union européenne. Il examine les options pour contenir les pressions sur les dépenses grâce à des gains d'efficacité afin d'assurer un accès financièrement durable à des services de qualité. Le volume annexe décrit en détail pour chaque pays de l'Union européenne étudié leur système de santé et de soins de longue durée, et présente les défis à relever.

Comans, T. A., Peel, N. M., Hubbard, R. E., et al. (2016). "The increase in healthcare costs associated with frailty in older people discharged to a post-acute transition care program." *Age and Ageing* 45(2): 317-320.

<http://ageing.oxfordjournals.org/content/45/2/317.abstract>

Background: older people are high users of healthcare resources. The frailty index can predict negative health outcomes; however, the amount of extra resources required has not been quantified. Objective: to quantify the impact of frailty on healthcare expenditure and resource utilisation in a patient cohort who entered a community-based post-acute program and compare this to a cohort entering residential care. Methods: the interRAI home care assessment was used to construct a frailty index in three frailty levels. Costs and resource use were collected alongside a prospective observational cohort study of patients. A generalized linear model was constructed to estimate the additional cost of frailty and the cost of alternative residential care for those with high frailty. Results: participants (n = 272) had an average age of 79, frailty levels were low in 20%, intermediate in 50% and high in 30% of the cohort. Having an intermediate or high level of frailty increased the likelihood of re-hospitalisation and was associated with 22 and 43% higher healthcare costs over 6 months compared with low frailty. It was less costly to remain living at home than enter residential care unless >62% of subsequent hospitalisations in 6 months could be prevented.

Conclusions: the frailty index can potentially be used as a tool to estimate the increase in healthcare resources required for different levels of frailty. This information may be useful for quantifying the amount to invest in programs to reduce frailty in the community.

Costa-Font, J. et Zweifel, P. (2016). Policy dilemmas in financing long-term care in Europe. Londres LSE

http://eprints.lse.ac.uk/61032/13/Costa-Font_Policy%20dilemmas_2015.pdf

Long-term care (LTC) is the largest insurable risk facing the elderly in most western societies.

Paradoxically, institutional responses to the need to insure ex-ante (before the contingency occurs) the financial risks of needing LTC (by means of social and private insurance and self-insurance) exhibit limited development. In contrast, mechanisms to finance LTC ex-post continue to develop, primarily those supported by the public sector (by means of subsidies or tax deductions) and the family (by means of intergenerational transfers). Both ex-ante and ex-post types of financing mechanisms are found to be subject to shortcomings which give rise to dilemmas for public policy. Governments confront these dilemmas in different ways, causing a great deal of heterogeneity in the financing and provision of LTC services across Europe.

Hussem, A., Van Ewijk, C., Ter Rele, H., et al. (2016). The ability to pay for long-term care in the Netherlands: a life-cycle perspective. *Nestpar Academia Series : DP 02/2006*. Tilburg Network for Studies on Pensions, Aging and Retirement

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2731591

This paper uses synthetic life-cycle paths at the individual level to analyze the distribution of long-term care expenditures in the Netherlands. Using a comprehensive set of administrative data 20,000 synthetic life-cycle paths of household income and long-term care costs are constructed using the nearest neighbor resampling method. We show that the distribution of these costs is less skewed when measured over the life-cycle than on a cross-sectional basis. This may provide an argument for self-insurance by smoothing these costs over the life-cycle. Yet costs are concentrated at older ages, which limits the scope for self-insurance. Furthermore, the paper investigates the relation between long-term care expenditures, household composition, and income over the life-cycle. The expenditures on a lifetime basis from the age of 65 are higher for low income households, and (single) women.

Roquebert, Q. et Tenand, M. (2016). Pay less, consume more? Estimating the price elasticity of demand for home care services of the disabled elderly. *Working paper ; 16/16*. Londres University of York

www.york.ac.uk/media/economics/documents/hedg/workingpapers/1616.pdf

Although the consumption of home care is increasing with population ageing, little is known about its price sensitivity. This paper estimates the price elasticity of the demand for home care of the disabled elderly, using the French home care subsidy program (APA). We use an original dataset collected from a French District Council with administrative records of APA out-of-pocket payments and home care consumption. Identification primarily relies on inter-individual variations in producer prices. We use the unequal spatial distribution of producers to address the potential price endogeneity arising from non-random selection into a producer. Our results point to a price elasticity around -0.4: a 10% increase in the out-of-pocket price is predicted to lower consumption by 4%, or 37 minutes per month for the median consumer. Copayment rates thus matter for allocative and dynamic efficiencies, while the generosity of home care subsidies also entails redistributive effects.

2015

Bakx, P., Schut, F. et van Doorslaer, E. (2015). "Can Universal Access and Competition in Long-Term Care Insurance Be Combined?" *International Journal of Health Economics and Management* **15**(2): 185-213.

In countries with a public long-term care (LTC) insurance scheme administered by multiple

non-competing insurers, these insurers typically lack incentives for purchasing cost-effective LTC because they are not at risk for LTC expenses. Plans to introduce these incentives by allowing competition among risk bearing LTC insurers are likely to jeopardize universal access. Combining universal access and competition among risk bearing LTC-insurers requires an adequate system of risk adjustment. While risk adjustment is now widely adopted in health insurance, LTC-specific features cause uncertainty about the feasibility of risk adjustment for LTC insurance. We examine the feasibility of appropriate risk adjustment in LTC insurance by using a rich set of linked nationwide Dutch administrative data. As expected, prior LTC use and demographic information are found to explain much of the variation in individual LTC expenses. However, we find that prior health care expenditures are also important in reducing predicted losses for subgroups of health care users. Nevertheless, incentives for risk selection against some easily identifiable subgroups persist. Moreover, using prior utilization and expenditure as risk adjusters reduces incentives for efficiency, creating a trade-off between equity and efficiency. To ease this trade-off, data on individuals' underlying needs for LTC are required.

Banks, J., Blundell, R. et Emmerson, C. (2015). "Disability Benefit Receipt and Reform: Reconciling Trends in the United Kingdom." *Journal of Economic Perspectives* 29(2): 173-190.

<http://dx.doi.org/10.1257/jep.29.2.173>

<http://www.aeaweb.org/jep/>

The UK has enacted a number of reforms to the structure of disability benefits that has made it a major case study for other countries thinking of reform. The introduction of Incapacity Benefit in 1995 coincided with a strong decline in disability benefit expenditure, reversing previous sharp increases. From 2008 the replacement of Incapacity Benefit with Employment and Support Allowance was intended to reduce spending further. We bring together administrative and survey data over the period and highlight key differences in receipt of disability benefits by age, sex, and health. These disability benefit reforms and the trends in receipt are also put into the context of broader trends in health and employment by education and sex. We document a growing proportion of claimants in any age group with mental and behavioral disorders as their principal health condition. We also show the decline in the number of older working age men receiving disability benefits to have been partially offset by growth in the number of younger women receiving these benefits. We speculate on the impact of disability reforms on employment.

Banks, J., Blundell, R., Emmerson, C., et al. (2015). Disability benefit receipt and reform : reconciling trends in the United Kingdom

The UK has enacted a number of reforms to the structure of disability benefits, which has made it a major case study for other countries thinking of reform. The introduction of Incapacity Benefit in 1995 coincided with a strong decline in disability benefit expenditure, reversing previous sharp increases. From 2008 the replacement of Incapacity Benefit with Employment and Support Allowance was intended to reduce spending further. We bring together administrative and survey data over the period and highlight key differences in receipt of disability benefits by age, sex and health. These disability benefit reforms and the trends in receipt are also put into the context of broader trends in health and employment by education and sex. We document a growing proportion of claimants in any age group with mental and behavioural disorders as their principal health condition. We also show the decline in the number of older working age men receiving disability benefits to have been partially offset by growth in the number of younger women receiving these benefits. We speculate on the impact of disability reforms on employment.

Carrieri, V., Di Novi, C. et Orsi, C. (2015). Home Sweet Home? Public Financing and Inequalities in the use of Home Care Services in Europe. *Working Paper ; 14*. Venise University of Venice: http://www.unive.it/media/allegato/DIP/Economia/Working_papers/Working_papers_2015/WP_DSE_carrieri_dinovi_orso_14_15.pdf

Income-related inequalities in health care access have been found in several European countries but little is known about the extent of inequalities in the provision of Long Term Care services (LTC). This paper fills this gap: it addresses equity issues related to the provision of home care services across three macro-areas in Europe which are highly heterogeneous in terms of the degree of public financing of LTC and the strength and the social value of family ties. Using cross-country comparative micro-data from SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) survey, we estimate and decompose an Erreygers concentration index of the use of both paid domestic help ("unskilled" care) and personal nursing care ("skilled" care), measuring the contribution of income, needs and non-needs factors to overall inequality. We base the decomposition on a bivariate probit model which takes into account the reciprocal interaction between formal and informal home care use. We find evidence of high horizontal inequity in the use of unskilled home care in areas where public financing of LTC is relatively low (Southern Europe) while moderate inequalities emerge in areas where public-private mix of financing is more balanced (Continental Europe). At the same time, we do not detect inequity in Northern Europe characterized by high public spending on universal services equitable for all, including LTC public coverage. In all areas, informal care has been found to be a substitute for paid unskilled care among the poor and this contributes to further skewing the distribution of the use of formal care services towards the rich.

Costa-Font, J. et Courbage, C. (2015). "Crowding Out of Long-Term Care Insurance: Evidence from European Expectations Data." *Health Economics* **24**(S1): 74-88. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.3148>

Summary Long-term care (LTC) is the largest insurable risk that old-age individuals face in most western societies. However, the demand for LTC insurance is still ostensibly small in comparison with the financial risk. One explanation that has received limited support is that expectations of either 'public sector funding' and 'family support' crowd out individual incentives to seek insurance. This paper aims to investigate further the aforementioned motivational crowding-out hypothesis by developing a theoretical model and by drawing on an innovative empirical analysis of representative European survey data containing records on individual expectations of LTC funding sources (including private insurance, social insurance, and the family). The theoretical model predicts that, when informal care is treated as exogenously determined, expectations of both state support and informal care can potentially crowd out LTC insurance expectations, while this is not necessarily the case when informal care is endogenous to insurance, as happens when intra-family moral hazard is integrated in the insurance decision. We find evidence consistent with the presence of family crowding out but no robust evidence of public sector crowding out. Copyright © 2015 John Wiley & Sons, Ltd.

Costa-Font, J., Courbage, C. et Swartz, K. (2015). "Financing Long-Term Care: Ex Ante, Ex Post or Both?" *Health Economics* **24**: 45-57. <http://dx.doi.org/10.1002/hec.3152>

This paper attempts to examine the heterogeneity in the public financing of long-term care (LTC) and the wide-ranging instruments in place to finance LTC services. We distinguish and

classify the institutional responses to the need for LTC financing as ex ante (occurring prior to when the need arises, such as insurance) and ex post (occurring after the need arises, such as public sector and family financing). Then, we examine country-specific data to ascertain whether the two types of financing are complements or substitutes. Finally, we examine exploratory cross-national data on public expenditure determinants, specifically economic, demographic and social determinants. We show that although both ex ante and ex post mechanisms exist in all countries with advanced industrial economies and despite the fact that instruments are different across countries, ex ante and ex post instruments are largely substitutes for each other. Expenditure estimates to date indicate that the public financing of LTC is highly sensitive to a country's income, ageing of the population and the availability of informal caregiving. Copyright © 2015 John Wiley & Sons, Ltd.

Geyer, J. et Korfhage, T. (2015). "Long-Term Care Insurance and Carers' Labor Supply--A Structural Model." *Health Economics* **24**(9): 1178-1191.

<http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1002/%28ISSN%291099-1050/issues>

In Germany, individuals in need of long-term care receive support through benefits of the long-term care insurance. A central goal of the insurance is to support informal care provided by family members. Care recipients can choose between benefits in kind (formal home care services) and benefits in cash. From a budgetary perspective, family care is often considered a cost-saving alternative to formal home care and to stationary nursing care. However, the opportunity costs resulting from reduced labor supply of the carer are often overlooked. We focus on the labor supply decision of family carers and the incentives set by the long-term care insurance. We estimate a structural model of labor supply and the choice of benefits of family carers. We find that benefits in kind have small positive effects on labor supply. Labor supply elasticities of cash benefits are larger and negative. If both types of benefits increase, negative labor supply effects are offset to a large extent. However, the average effect is significantly negative.

Jimenez-Martin, S. et Vilaplana Prieto, C. (2015). "Informal care motivations and intergenerational transfers in European countries." *Health Econ* **24 Suppl 1**: 89-103.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hec.3135/abstract?systemMessage=Wiley+Online+Library+will+be+disrupted+on+11th+July+2015+at+10%3A00-16%3A00+BST+%2F+05%3A00-11%3A00+EDT+%2F+17%3A00-23%3A00++SGT++for+essential+maintenance.++Apologies+for+the+inconvenience>

This work sets out to analyze the motivations adult children may have to provide informal care, considering the monetary transfers they receive from their parents. Traditional motivations, such as altruism and exchange, are matched against more recent social bond theories. Our findings indicate that informal caregivers receive less frequent and less generous transfers than non-caregivers; that is, caregivers are more prone to suppress their self-interested motivations in order to prioritize the well being of another person. Additionally, long-term public care benefits increase both the probability of receiving a transfer and its amount, with this effect being more intense for both the poorest and richest households. Our findings suggest that if long-term care benefits are intended to increase the recipients' welfare and represent a higher fraction of total income for the poorest households, the effectiveness of these long-term care policies may be diluted. Copyright (c) 2015 John Wiley & Sons, Ltd.

Jurges, H. (2015). Health insurance coverage and access to care among European elders: crossnational differences and social gradients. *Ageing in Europe - Supporting Policies for an*

Inclusive Society, Berlin : Degruyter: 301-312.

<http://www.degruyter.com/view/product/462442>

Unmet health care needs and insufficient health insurance coverage still exist among European elders and vary widely across countries. Insufficient access and lack of insurance coverage are most prevalent in poorer countries with low health care expenditures and in countries with large income inequalities. Health insurance coverage and access to care are socially graded within almost all countries and may contribute to social inequalities in health status.

Kok, L., Berden, C. et Sadiraj, K. (2015). "Costs and benefits of home care for the elderly versus residential care: a comparison using propensity scores." Eur J Health Econ **16**(2): 119-131.

<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10198-013-0557-1>

A comparison of the costs of residential care and home care shows that the former is more expensive for society. However, elderly people seem to be happier in residential care. All stakeholders, except the state (and thus the taxpayer), benefit if elderly people enter residential care. This reveals that payment systems in the Netherlands contain adverse incentives stimulating entry into residential care. The research is based on surveys of older people in the Netherlands living at home and those living in residential care homes in the period 2007-2009. Propensity score matching is used to match people living at home with those living in residential care. All costs of living and health care are compared for these two groups.

Kunzel, G. (2015). "Strukturreform Pflege und Teilhabe: Zweiter Teil: Die Rolle der Kommunen und die Schnittstelle zur Eingliederungshilfe. (Reform of the Long-Term Care Insurance and Social Participation--Part Two: The Responsibility of Local Authorities for Coordinating Welfare Benefits. With English summary.)." Sozialer Fortschritt/German Review of Social Policy **64**(1-2): 33-40.

<http://www.sozialerfortschritt.de/zeitschrift/aktuelles>

The new legal definition of care involving social participation creates a new paradigm: governance concentrating on the person, which simultaneously means giving up the old approach of opening with the institutional setting of aid and assistance. This change demands a role of the local authorities, their assignment of building up the social infrastructure and coordinating the different agencies responsible for welfare benefits. Notwithstanding necessary efforts of the regional, local and social security agencies, backing by federal legislation is still necessary. Reforming the borderlines between and the cooperation rules for these agencies is a complementary element essential to overcome institutional strategies opposing the best solutions for the clients.

Makai, P., Looman, W., Adang, E., et al. (2015). "Cost-effectiveness of integrated care in frail elderly using the ICECAP-O and EQ-5D: does choice of instrument matter?" Eur J Health Econ **16**(4): 437-450.

<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10198-014-0583-7>

Economic evaluations likely undervalue the benefits of interventions in populations receiving both health and social services, such as frail elderly, by measuring only health-related quality of life. For this reason, alternative preference-based instruments have been developed for economic evaluations in the elderly, such as the ICECAP-O. The aim of this paper is twofold: (1) to evaluate the cost-effectiveness using a short run time frame for an integrated care

model for frail elderly, and (2) to investigate whether using a broader measure of (capability) wellbeing in an economic evaluation leads to a different outcome in terms of cost-effectiveness. We performed univariate and multivariate analyses on costs and outcomes separately. We also performed incremental net monetary benefit regressions using quality adjusted life years (QALYs) based on the ICECAP-O and EQ-5D. In terms of QALYs as measured with the EQ-5D and the ICECAP-O, there were small and insignificant differences between the instruments, due to negligible effect size. Therefore, widespread implementation of the Walcheren integrated care model would be premature based on these results. All results suggest that, using the ICECAP-O, the intervention has a higher probability of cost-effectiveness than with the EQ-5D at the same level of WTP. In case an intervention's health and wellbeing effects are not significant, as in this study, using the ICECAP-O will not lead to a false claim of cost-effectiveness of the intervention. On the other hand, if differences in capability QALYs are meaningful and significant, the ICECAP-O may have the potential to measure broader outcomes and be more sensitive to differences between intervention and comparators.

Scheil-Adlung, X. (2015). Long-term care protection for older persons. A review of coverage deficits in 46 countries. *ESS – Working Paper No. 50*. Genève Organisation Internationale du Travail: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourcePDF.action?ressource.ressourceId=53175>

This paper: (i) examines long-term care (LTC) protection in 46 developing and developed countries covering 80 per cent of the world's population; (ii) provides (data on LTC coverage for the population aged 65+; (iii) identifies access deficits for older persons due to the critical shortfall of formal LTC workers; (iv) presents the impacts of insufficient public funding, the reliance on unpaid informal LTC workers and high out-of-pocket payments (OOP); and (v) calls for recognizing LTC as a right, and mainstreaming LTC as a priority in national policy agendas given the benefits in terms of job creation and improved welfare of the population.

Van der Heyden, J., Van Oyen, H., Berger, N., 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.

Van Houtven, C. H., Coe, N. B. et Konetzka, R. T. (2015). "Family Structure and Long-Term Care Insurance Purchase." *Health Economics* **24**(S1): 58-73.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.3145>

Abstract While it has long been assumed that family structure and potential sources of informal care play a large role in the purchase decisions for long-term care insurance (LTCI), current empirical evidence is inconclusive. Our study examines the relationship between family structure and LTCI purchase and addresses several major limitations of the prior literature by using a long panel of data and considering modern family relationships, such as the presence of stepchildren. We find that family structure characteristics from one's own generation, particularly about one's spouse, are associated with purchase, but that few family structure attributes from the younger generation have an influence. Family factors that may indicate future caregiver supply are negatively associated with purchase: having a coresidential child, signaling close proximity, and having a currently working spouse, signaling a healthy and able spouse, that long-term care planning has not occurred yet or that there is less need for asset protection afforded by LTCI. Dynamic factors, such as increasing wealth or turning 65, are associated with higher likelihood of LTCI purchase. Copyright © 2015 John Wiley & Sons, Ltd.

Zwakhalen, S. M., Challis, D., et al. (2015). "Costs of care for people with dementia just before and after nursing home placement: primary data from eight European countries." *Eur J Health Econ* **16**(7): 689-707.

BACKGROUND: Dementia is the most common cause of functional decline among elderly people and is associated with high costs of national healthcare in European countries. With increasing functional and cognitive decline, it is likely that many people suffering from dementia will receive institutional care in their lifetime. To delay entry to institutional care, many European countries invest in home and community based care services. **OBJECTIVES:** This study aimed to compare costs for people with dementia (PwD) at risk for institutionalization receiving professional home care (HC) with cost for PwD recently admitted to institutional long-term nursing care (ILTC) in eight European countries. Special emphasis was placed on differences in cost patterns across settings and countries, on the main predictors of costs and on a comprehensive assessment of costs from a societal perspective. **METHODS:** Interviews using structured questionnaires were conducted with 2,014 people with dementia and their primary informal caregivers living at home or in an ILTC facility. Costs of care were assessed with the resource utilization in dementia instrument. Dementia severity was measured with the standardized mini mental state examination. ADL dependence was assessed using the Katz index, neuropsychiatric symptoms using the neuropsychiatric inventory (NPI) and comorbidities using the Charlson. Descriptive analysis and multivariate regression models were used to estimate mean costs in both settings. A log link generalized linear model assuming gamma distributed costs was applied to identify the most important cost drivers of dementia care. **RESULTS:** In all countries costs for PwD in the HC setting were significantly lower in comparison to ILTC costs. On average ILTC costs amounted to 4,491 Euro per month and were 1.8 fold higher than HC costs (2,491 Euro). The relation of costs between settings ranged from 2.4 (Sweden) to 1.4 (UK). Costs in the ILTC setting were dominated by nursing home costs (on average 94%). In

the HC setting, informal care giving was the most important cost contributor (on average 52%). In all countries costs in the HC setting increased strongly with disease severity. The most important predictor of cost was ADL independence in all countries, except Spain and France where NPI severity was the most important cost driver. A standard deviation increase in ADL independence translated on average into a cost decrease of about 22%. CONCLUSION: Transition into ILTC seems to increase total costs of dementia care from a societal perspective. The prevention of long-term care placement might be cost reducing for European health systems. However, this conclusion depends on the country, on the valuation method for informal caregiving and on the degree of impairment.

2014

Anthierens, S., Evi, W., Remmen, R., 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.

Carrino, L. et Orso, C. E. (2014). Eligibility and inclusiveness of Long-Term Care Institutional frameworks in Europe: a cross-country comparison. Working Paper; 28. Venice University Ca' Foscari of Venice

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2541246

Although economic literature has recently started to concentrate on the design, the scope and the regulations of main public programmes of Long-Term-Care in Europe, no analysis have, so far, compared different systems in terms of their degree of inclusiveness with respect to vulnerable elderly's health status. Focusing on several European countries, this paper investigate how LTC regulations assess vulnerability, as well as how they define a minimum level of objective-dependency that would entitle individuals to receive public benefits (in-kind or in-cash) for home-based care. Our contribution is threefold. We provide detailed information on assessment and eligibility frameworks for eleven LTC programmes in Europe. We show that substantial heterogeneities exist both at the extensive margin (the health-outcomes that are included in the vulnerability-assessment) and at the intensive margin (the minimum vulnerability threshold that defines benefit eligibility) of the assessment strategies. Building on this information, we compare LTC programmes in terms of their degree of inclusiveness, i.e., we investigate the extent to which each programme is able

to cover a standard population of elderly individuals facing functional and cognitive limitations. The comparison is performed following both a directly- and an indirectly-adjusted strategy using SHARE data.

CEE (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).

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.

Geyer, J. et Korfhage, T. (2014). Long-term Care Insurance and Carers' Labor Supply – A Structural Model. *SOEPpapers* : 702 -2014. Bonn IZA

http://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.489221.de/diw_sp0702.pdf

In Germany, individuals in need of long-term care receive support through benefits of the long-term care insurance. A central goal of the insurance is to support informal care provided by family members. Care recipients can choose between benefits in kind (formal home care services) and benefits in cash. From a budgetary perspective family care is a cost-saving alternative to formal home care and to stationary nursing care. However, the opportunity costs resulting from reduced labor supply of the carer are often overlooked. We focus on the labor supply decision of family carers and the incentives set by the long-term care insurance. We estimate a structural model of labor supply and the choice of benefits of family carers. We find that benefits in kind have small positive effects on labor supply. Labor supply

elasticities of cash benefits are larger and negative. If both types of benefits increase, negative labor supply effects are offset to a large extent.

Maisonneuve, C. (2014). "The future of health and long-term care spending." OECD Journal: Economic Studies **2014**(1).

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

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 of 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.

Renand, M. (2014). "Health and Long-Term Care Expenditure in Finland When Living Alone Increases." *Nordic Journal of Political Economy*(39)
http://www.nopecjournal.org/NOPEC_2014_a01.pdf

Cette étude, publiée dans le *Nordic Journal of Political Economy*, analyse l'effet de la croissance du nombre de personnes vivant seules sur l'utilisation des services de santé, et de soins de longue durée. Les auteurs soutiennent que l'incidence sera faible sur la croissance des dépenses de santé, et de soins de longue durée, comparativement au vieillissement de la population

Seiler, L. W. (2014). "Long-term care: funding of long-term care." *Issue Brief Health Policy Track Serv*: 1-54.

Siciliani, L. (2014). "The Economics of Long-Term Care." *B.E. Journal of Economic Analysis and Policy* **14**(2): 343-375.
<http://www.degruyter.com/view/j/bejeap>

Long-term care expenditure is expected to rise, driven by an ageing population. Given that public long-term care expenditure is high in many OECD countries, governments are increasingly concerned about its future growth. This study focuses on three relevant issues. First, we discuss factors that affect the growth of long-term expenditure and its projections. These include demographics, the balance in provision between informal and formal care, whether higher life expectancy translates into higher disability, the interrelation between health and long-term care, and whether long-term care suffers from Baumol's disease. Second, given that a significant proportion of long-term care expenditure is nursing- and care-home expenditure, we discuss the role of government regulation aimed at ensuring that individuals receive appropriate quality of care in such institutions. We focus in particular on price regulation, competition, and the non-profit sector; these have been the subject of considerable empirical work (mainly in the United States). Third, we discuss the relative merits of public and private insurance. Countries differ greatly in their approach. Some countries have nearly exclusively public insurance but in others this is small. We consider the conditions under which public insurance can overcome the limitations of a private insurance market.

Theuws, A. J., Paulus, A. T., van Steenkiste, B., et al. (2014). "[Securing the financing of care for the frail elderly: problems and solutions]." *Tijdschr Gerontol Geriatr* **45**(2): 117-126.

Projects within the Dutch National Program for Elderly Care (NPO) have been experimenting since 2008 to increase coherence in care for the frail elderly. Invest-NPO explored the problems and solutions to secure the financing of these innovative projects. Problems were expected with coordination because there was not yet a structural reimbursement for such an activity for the frail elderly. There were doubts about the adequacy of reimbursement for multidisciplinary consultation and certain structural conditions. The existing fragmentation across multiple domains and reimbursement rules made it difficult to achieve an integrated approach and creativeness in care. The principles of bundled payment can be helpful in problems concerning multidisciplinary consultation, structural conditions and coordination because joint agreements are needed. According to many, capitation is even a better solution if properly applied, because there are fewer boundaries in deciding how care is organized. Initiatives from entrepreneurs may represent first steps in the right direction. The findings of Invest-NPO may contribute to the development of further steps.

Yoshida, K. (2014). "Impact of a fixed price system on the supply of institutional long-term care: a comparative study of Japanese and German metropolitan areas." *BMC Health Serv Res* **14**(48).

<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/48/abstract>

Background : The need for institutional long-term care is increasing as the population ages and the pool of informal care givers declines. Care services are often limited when funding is controlled publicly. Fees for Japanese institutional care are publicly fixed and supply is short, particularly in expensive metropolitan areas. Those insured by universal long-term care insurance (LTCI) are faced with geographically inequitable access. The aim of this study was to examine the impact of a fixed price system on the supply of institutional care in terms of equity. **Methods :** The data were derived from official statistics sources in both Japan and Germany, and a self-administered questionnaire was used in Japan in 2011. Cross-sectional multiple regression analyses were used to examine factors affecting bed supply of institutional/residential care in fixed price and free prices systems in Tokyo (Japan), and an individually-bargained price system in North Rhine-Westphalia (Germany). Variables relating to costs and needs were used to test hypotheses of cost-dependency and need-orientation of bed supply in each price system. Analyses were conducted using data both before and after the introduction of LTCI, and the results of each system were qualitatively compared. **Results :** Total supply of institutional care in Tokyo under fixed pricing was found to be cost-dependent regarding capital costs and scale economies, and negatively related to need. These relationships have however weakened in recent years, possibly caused by political interventions under LTCI. Supply of residential care in Tokyo under free pricing was need-oriented and cost-dependent only regarding scale economies. Supply in North Rhine-Westphalia under individually bargained pricing was cost-independent and not negatively related to need. **Conclusions :** Findings suggest that publicly funded fixed prices have a negative impact on geographically equitable supply of institutional care. The contrasting results of the non-fixed-price systems for Japanese residential care and German institutional care provide further theoretical supports for this and indicate possible solutions against inequitable supply

2013

Cremer, H., Gahvari, F. et Pestieau, P. (2013). Uncertain altruism and the provision of long term care. *CORE Discussion Paper; 2013/47*. Louvain-la-Neuve CORE

http://uclouvain.be/cps/ucl/doc/core/documents/coredp2013_47web.pdf

This paper studies the role of private and public long term care (LTC) insurance programs in a world in which family assistance is uncertain. Benefits are paid in case of disability but cannot be conditioned (directly), due to moral hazard problems, on family aid. Under a topping up scheme, when the probability of altruism is high, there is no need for insurance. At lower probabilities, insurance is required, though not full insurance. This can be provided either privately or publicly if insurance premiums are fair, and publicly otherwise. Moreover, the amount of LTC insurance varies negatively with the probability of altruism. With an opting out scheme, there will be three possible equilibria depending on the children's degree of altruism being "low," "moderate," or "very high". These imply: full LTC insurance with no aid from children, less than full insurance just enough to induce aid, and full insurance with aid. Fair private insurance markets can support the first equilibrium, but not the other two equilibria. Only a public opting-out scheme can attain them by creating incentives for self-targeting and ensuring that only dependent parents who are not helped by their children

seek help from the government.

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 longterm 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.

De Lamaisonneuve, C. et Oliveira Martins, J. (2013). Public Spending on Health and Long-term Care: A new set of projections. *OECD Economic Policy Papers*; 6. Paris OCDE
<http://www.oecd.org/eco/growth/Health%20FINAL.pdf>

This paper proposes a new set of public health and long-term care expenditure projections till 2060, following up on the previous set of projections published in 2006. It disentangles health from longterm 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 costcontainment 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.

Gold, M. (2013). "How to provide and pay for long term care of an aging population is an international concern." *Isr J Health Policy Res* **2**(1): 4.

As populations age, most industrialized nations are seeking to review the structure for their long term care programs with the goal of allocating better limited public resources to meet expanding needs. In this Commentary, I examine critical questions that define the way individual nations provide for the long term care needs of their aging populations. As examined by Asiskovitch, Israel's programs appear, in cross-national context, to have a broader reach and rely more heavily on community based services. In the future, the challenge Israel may face involves maintaining aspects of its programs that probably account for its popular support and stability while it identifies better the extent of potential gaps in care for those with greater needs and how best to meet them.

Mou, H. (2013). "The political economy of the public-private mix in health expenditure: An empirical review of thirteen OECD countries." Health policy (Amsterdam, Netherlands).

This study investigates the factors that may have influenced the public-private mix of health expenditure in 13 OECD countries from 1981 to 2007. The degree to which health services are socialized is regarded as the product of a trade-off between the desire to redistribute income through the fiscal system and the losses some citizens will incur when the public health care system expands. The estimation results show that, greater income inequality and population aging are associated with a smaller share of public health expenditure in total health expenditure. The more ideologically left-leaning the electorate is, the larger the share of public health expenditure. Private health insurance tends to erode the political support for the public health care systems in countries with private duplicate health insurance, but not in countries with private primary health insurance. The findings suggest that the role of private sources of funding for health care is likely to grow in developed countries. The expansion of public coverage to include pharmaceuticals and long-term care in some countries may (theoretically) encounter less opposition if the current insurance holders have no duplicate coverage, if the voters as a whole share more left-leaning political ideology, and if low-income voters are more politically mobilized

Scheil-Adlung, X. et Bonan, J. (2013). "Gaps in social protection for health care and long-term care in Europe: Are the elderly faced with financial ruin?" International Social Security Review **66**(1): 25-48.

<http://dx.doi.org/10.1111/issr.12001>

While public expenditure on health care and long-term care (LTC) has been monitored for many years in European countries, far less attention has been paid to the financial consequences for older people of private out-of-pocket (OOP) expenditure necessary to access such care. Employing representative cross-sectional data on the elderly populations of 11 European countries in 2004 from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), we find that OOP payments for health care and LTC are very common among the elderly across European countries and such expenditures impact significantly on disposable income: up to 95 per cent of the elderly make OOP payments for health care and 5 per cent for LTC, resulting in income reductions of between 5 and 10 per cent, respectively. Failure to prevent financial ruin, as a consequence of excessive OOP payments, is evident in 0.7 per cent of elderly households utilizing health care and 0.5 per cent of elderly households utilizing LTC. Those particularly concerned are the poor, women and the very old

Schut, E., Sorbe, S. et Hoj, J. (2013). Health Care Reform and Long-Term Care in the Netherlands, Paris : OCDE //

<http://dx.doi.org/10.1787/5k4dlw04vx0n-en>

The Netherlands, as other OECD countries, faces the challenge of providing high quality health and long-term care services to an ageing population in a cost-efficient manner. In the health care sector, reforms have aimed at introducing more competition. Despite major changes and some positive effects, the reforms run the risk of getting stuck in the middle between a centralised system of state-controlled supply and prices and a decentralised system based on regulated competition, providing insufficient incentives for provision of quality services and expenditure control. The main challenges are to complete the transition to regulated competition in health care provision, to strengthen the role of health insurers as purchasing agents and to secure cost containment in an increasingly demand-driven health

care sector. In 2012, reforms expanded the role of the market in the hospital sector and reinforced budget controls. Both measures are not consistent and may jeopardize both objectives. More competitive markets require, at least, provision of good quality information, appropriate financing and better efficiency incentives. In view of population ageing, current policies mean that the cost of long-term care is set to more than double over the coming decades. Insufficient incentives for cost-efficient purchasing of long-term care should be addressed. However, the government's plan to transfer long-term care purchasing to health insurers is unpromising unless additional measures ensure that insurers bear the associated financial risks. In addition, home care should be further encouraged at the expense of institutional care, while screening and targeting should be improved

Van Houtven, C., Thorpe, J. M., Chestnutt, D., et al. (2013). "Do Nurse-Led Skill Training Interventions Affect Informal Caregivers Out-of-Pocket Expenditures?" *The Gerontologist* **53**(1): 60-70.

<http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/53/1/60.abstract>

Purpose of the Study: This paper is a report of a study of the Assistance, Support, and Self-health Initiated through Skill Training (ASSIST) randomized control trial. The aim of this paper is to understand whether participating in ASSIST significantly changed the out-of-pocket (OOP) costs for family caregivers of Alzheimer disease (AD) or Parkinson's disease (PD) patients. **Design and Methods:** Secondary analysis of randomized control trial data, calculating average treatment effects of the intervention on OOP costs. Enrollment in the ASSIST trial occurred between 2002 and 2007 at 2 sites: Durham, North Carolina, and Birmingham, Alabama. We profile OOP costs for caregivers who participated in the ASSIST study and use 2-part expenditure models to examine the average treatment effect of the intervention on caregiver OOP expenditures. **Results:** ASSIST-trained AD and PD caregivers reported monthly OOP expenditures that averaged \$500-\$600. The intervention increased the likelihood of caregivers spending any money OOP by 26 percentage points over usual care, but the intervention did not significantly increase overall OOP costs. **Implications:** The ASSIST intervention was effective and inexpensive to the caregiver in direct monetary outlays; thus, there are minimal unintended consequences of the trial on caregiver financial well-being

Winters-Van Der Meer, S., Kool, R. B., Klazinga, N. S., et al. (2013). "Are the Dutch long-term care organizations getting better? A trend study of quality indicators between 2007 and 2009 and the patterns of regional influences on performance." *Int J Qual. Health Care* **25**(5): 505-514.

OBJECTIVE: and setting The Dutch long-term care organizations, providing somatic care, psycho-geriatric care and home care, have to measure the quality of care through client-related and professional indicators since 2007. At the same time, competition was introduced with regional stimuli from healthcare insurers. The first aim of this study is to determine the trends of the national performance on client-related and professional quality indicators for the period 2007-09 in long-term care organizations in the Netherlands. The second aim is to determine the influence of the region on the quality performance in 2009. **DESIGN:** and participants We performed trend analyses on the indicators of clients of 2115 long-term care organizations. We used multivariate analyses to determine the difference in national performance between 2007 and 2009 and to calculate the influence of the region on the performance of 2009. **INTERVENTION:** None. **MAIN OUTCOME MEASURES:** Client-related and professional indicators. **RESULTS:** The national performance on client-related indicators for somatic care and home care increased and for psycho-geriatric care the quality performance became worse. The professional indicators for intramural care improved between 2007 and 2009. Region influences the performance. In general, organizations in the

west of the Netherlands performed worse than other regions (with exception of home care).
CONCLUSIONS: The study suggests that working with quality indicators in long-term care organizations for older people may lead to a better performance on several indicators. The influence of the region on the quality is significant, which could be caused by Dutch healthcare insurers

2012

Comas-Herrera, A., Butterfield, R., Fernandez, J.-L., et al. (2012). Barriers to and Opportunities for Private Long-Term Care Insurance in England: What Can We Learn from Other Countries? The LSE Companion to Health Policy. McGuire, A. et Costa-Font, J., Cheltenham, U.K. and Northampton, Mass.: Elgar: 258-279.

Costa-Font, J., Karlsson, M. et Berg, V. D. (2012). "Economics of Long Term Care." Applied Economic Perspectives and Policy **34**(2): 215-362.
<http://aepp.oxfordjournals.org/content/current>

Lipszyk, B., Sail, E. et Xavier, A. (2012). Long-term care: need, use and expenditure in the EU-27. Economic Papers ; 469. Bruxelles Commission européenne
http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2012/pdf/ecp469_en.pdf

Public provision of long-term care (LTC) will pose an increasing challenge to the sustainability of public finances in the EU, due to an ageing population. In this view, the paper aims to provide indications on the timing and potential fiscal impact associated to changes in the demographic structure. The ageing of the population is expected to put pressure on governments to provide long-term care services as (very) old people often develop multi-morbidity conditions, which require not only long-term medical care but assistance with a number of daily tasks. This paper presents the projections of public expenditure on LTC in the long run (2060) under alternative assumptions. All scenarios project a non-negligible increase in public expenditure. All other things being equal, the expected increase in the demand for formal LTC support will vary across EU-27 Member States according to their current patterns of LTC provision: the balance between formal and informal care, the emphasis they put on institutional care, home care or provision of cash benefits, the supply constraints both in the formal and informal care sectors, the current average cost and coverage rate for each type of care and their distribution across age groups. The paper also discusses policy implications of the projection results.

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 Sante (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.

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. International Labor, O., 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

Szebehely, M. et Trydegård, G.-B. (2012). "Home care for older people in Sweden: a universal model in transition." *Health Soc Care Community* **20**(3): 300-309.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2524.2011.01046.x>

Abstract One aspect of universalism in Swedish eldercare services is that publicly financed and publicly provided services have been both affordable for the poor and attractive enough to be preferred by the middle class. This article identifies two trends in home care for older people in Sweden: a decline in the coverage of publicly funded services and their increasing marketisation. We explore the mechanisms behind these trends by reviewing policy documents and official reports, and discuss the distributional consequences of the changes by analysing two data sets from Statistics Sweden: the Swedish Level of Living surveys from 1988/1989 and 2004/2005 and a database on all users of tax deductions on household and care services in 2009. The analysis shows that the decline of tax-funded home care is not the result of changing eldercare legislation and was not intended by national policy-makers. Rather the decline was caused by a complex interplay of decision-making at central and local levels, resulting in stricter municipal targeting. The trend towards marketisation has been more clearly intended by national policy-makers. Legislative changes have opened up tax-funded services to private provision, and a customer-choice (voucher) model and a tax deduction for household- and care services have been introduced. As a result of declining tax-funded home-care services, older persons with lower education increasingly receive family care, while those with higher education are more likely to buy private services. The combination of income-related user fees, customer-choice models and the tax deduction has created an incentive for high-income older persons to turn to the market instead of using public home-care services. Thus, Swedish home care, as a universal welfare service, is now under threat and may become increasingly dominated by groups with less education and lower income which, in turn, could jeopardise the quality of care.

2011

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%29>

Pôle documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

Page 171 sur 365

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-soutien-a-domicile-des-personnes-handicapees-et-dependantes.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-soutien-a-domicile-des-personnes-handicapees-et-dependantes.epub

[15&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.

Columbo, F. (2011). *Help wanted : providing and paying for long term care*, Paris : OCDE:

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. (2011). *Financing long-term care in Europe : Institutions, markets and models*, New York : Palgrave Macmillan

The ageing of the European population brings new financial risks that call for state, market and societal responses. In 2011, the first baby-boom generation is turning 65, and forecasts predict that the size of the old-age population in need of long-term care will double in the next 50 years in Europe. However, how different countries are responding to the challenge of financing long-term care is still a question open to further examination, including the role of market development, changing intergenerational contracts and especially the constraints of state intervention. Growing long-term care needs in several European countries as well as the reshaping of traditional modes of care-giving further increase the pressure for sustainable funding of more comprehensive long-term care systems. This book examines different forms of partnership and the potential cooperation of state, market and societal stakeholders. It not only offers a full understanding of the institutional responses and mechanisms in place for financing old age but also provides a deep analysis of both the demand and supply factors underpinning the development of financial instruments to cover long-term care needs in Europe

Curry, N., Mundle, C. et Shei, F. (2011). *The voluntary and community sector in health : Implications of the proposed NHS reforms*. Londres The King's Fund
http://www.kingsfund.org.uk/publications/securing_good.html

The government's proposed reforms to the health and social care system include clear aspirations for the voluntary and community sector as a provider of health services, a source of support for commissioning and a partner in tackling health inequalities. However, the reforms also present a number of challenges and risks. This report considers the main

opportunities and challenges facing the sector. It discusses what needs to happen to ensure the sector can flourish in the new system and what it needs to do to grasp new opportunities. As an existing provider of services and of knowledge about local needs, the voluntary and community sector can develop its role in helping the NHS deliver better, more efficient care. But the likely impact of the reforms is uncertain. In a best case scenario, the voluntary and community sector would be empowered as a real partner to GP consortia and health and wellbeing boards, but in the worst case scenario the sector will be left struggling to forge new relationships and unable to survive in the competitive market. Based on a joint project between The King's Fund and the National Council for Voluntary Organisations, this paper includes a number of recommendations, aimed at national policy-makers, local bodies and the voluntary and community sector itself, to ensure that the sector can grasp this opportunity to participate fully in the new health and social care system. These include ensuring that: commissioning consortia and health and wellbeing boards are required to involve and engage with the sector; new and innovative funding mechanisms are developed to ensure the sector can compete on a level playing field with private and NHS providers; the voluntary and community sector takes a strategic approach to the future by addressing its development needs, urgently tackling the need to better measure and demonstrate its value and overcoming issues of internal fragmentation.

Damiani, G., Farelli, V. et Anselmi, D. (2011). "Patterns of Long Term Care in 29 European countries: evidence from an exploratory study." *Bmc Health Services Research* **11**(316)
<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-11-272.pdf>

The challenges posed by the rapidly ageing population, and the increased preponderance of disabled people in this group, coupled with the rising level of public expenditure required to service the complex organization of long term care (LTC) delivery are causing increased pressure on LTC systems in Europe. A pan-European survey was carried out to evaluate whether patterns of LTC can be identified across Europe and what are the trends of the countries along them. An ecological study was conducted on the 27 EU Member States plus Norway and Iceland, referring to the period 2003-2007. Several variables related to organizational features, elderly needs and expenditure were drawn from OECD Health Data and the Eurostat Statistics database and combined using Multiple Factor Analysis (MFA). Two global Principal Components were taken into consideration- on given that their expressed total variance was greater than 60%. They were interpreted according to the higher (more than 0.5) positive or negative correlation coefficients between them and the original variables; thus patterns of LTC were identified. High alignment between old age related expenditure and elderly needs characterizes Nordic and Western European countries, the former also having a higher level of formal care than the latter. Mediterranean as well as Central and South Eastern European countries show lower alignment between old age related expenditure and elderly needs, coupled with a level of provision of formal care that is around or slightly above the average European level. In the dynamic comparison, linear, stable or unclear trends were shown for the studied countries. The analysis carried out is an explorative and descriptive study, which is an attempt to reveal patterns and trends of LTC in Europe, allowing comparisons between countries. It also stimulates further researches with lower aggregated data useful to gain meaningful policy-making evidence

Herrmann, M. (2011). *The economic analysis of population aging: implications for policy making*, St Gallen : World Demographic and Ageing Forum

Population aging worries many. Will population aging negatively affect economic output and lead to deflation? Can countries afford to cater for older populations? Can they prevent old-

age poverty? Can they pay adequate pensions? Can they address the challenge of population aging by postponing the retirement age? Should they seek to counteract population aging through accelerated immigration and/ or should they focus on maintaining fertility rates above replacement levels? Although some answers to these questions are context-specific, this paper argues that the threat of population aging is overstated. It is hyped by media and too often based on partial analysis. A macroeconomic analysis provides a more adequate and less threatening picture of population aging than the microeconomic analysis that underlies most studies on this subject matter. The developed economies that already have a large share of older persons are well positioned to shoulder the economic implications of further population aging, and rapidly developing economies, which see an accelerated rate of population aging, are too. Many countries have the economic conditions to address population aging, but many lack the necessary resolve to implement the required policies. Popular policy responses to population aging are building up to a major wave of income redistribution, following the globalization of finance and the current responses to the global economic crisis

Hildegard, T. (2011). Long-term Care Insurance in Germany. Assessments, benefits, care arrangements and funding. *Working paper; 2011:13*. Stockholm Institute for futures studies <http://www.framtidsstudier.se/eng/files/2012/03/2011-13-3rev.pdf>

With the introduction of Long-term Care Insurance (LTCI) in 1995/96 Germany established a national policy scheme to provide public support in situations of care dependency. The institutional regulations of LTCI strive to combine universal support with cost containment policies, the promotion of family care-giving and the development of a market-oriented care infrastructure. After intense debate a mandatory policy scheme based on a social and private insurance branch was established. Since 2000 in debates on the development of the funding scheme the introduction of a 'Citizen's Insurance', i.e. a social insurance scheme for the whole population and capital-funded private insurance schemes are contrasted. Based on a literature review and statistics the paper, first, reveals institutional features of LTCI and their interrelationships to patterns of inequalities based on socio-economic class, gender, migrant background and region. Second, it analyses different modes of funding and relate them to political actors and their ideas.

Le Bihan-Youinou, B. (2011). "La généralisation des "prestations monétaires" en Europe. Quel impact sur l'organisation de l'aide quotidienne aux personnes âgées en perte d'autonomie ?" *Vieillesse ordinaires*.(138): 83-97.

Depuis les années 1990, l'introduction ou le développement de dispositifs visant à proposer aux personnes âgées en perte d'autonomie des prestations monétaires - dispositifs de cash for care-semblent se généraliser dans l'ensemble des pays européens. Cet article interroge l'impact des prestations monétaires dans différents pays européens en s'intéressant aux processus de familialisation et défamilialisation du care et souligne l'importance de la contextualisation et de la régulation de tels dispositifs. (extraits R.A.).

MacAdam, M. (2011). "Is It Time to Implement a Value-for-Money Approach in Healthcare of the Elderly?" *Healthc Pap* 11(1): 25-29.

This commentary addresses several issues raised by Chappell and Hollander in their review of policy issues that should be addressed to improve care for the elderly in Canada. First, the author takes some issue with the suggestion that the continuing care system needs to be re-validated. The data seem to indicate that the issue is not re-validation of the system but,

rather, operational reform of the current system. Thus, the recommendation to focus on improving integrated care for seniors, which is a process measure, is a very timely one. Then the author raises the question of recommending a value-for-money approach to care of the elderly. Although fraught with problems and a lack of data, increasing numbers of researchers and others are suggesting that there is a need to question how we are spending scarce resources. A value-for-money policy would contribute evidence about the most effective use of services for older people

Onishi, K. (2011). "Main medical conditions of frail elderly patients that require intensive care under the Japanese Long-Term Care Insurance (LTCI) system: a comparison with German LTCI." *Jpn.Hosp.*(30): 77-83.

BACKGROUND: Although the number of frail elderly individuals has rapidly increased with global aging, few studies have assessed the main medical conditions that are covered by Long-Term Care Insurance (LTCI) systems. OBJECTIVES AND METHODS: To improve preventive care strategies, the author researched data from 553 frail elderly individuals above 65 years of age in the Osaka central area. Logistic regression analysis was used to identify severe diseases associated with levels of care higher than level 3 (3+) under the Japanese LTCI system, which is equivalent to the care standards of the German LTCI system. The main medical conditions were also compared between the LTCI systems of both countries. RESULTS: Diseases significantly associated with Japanese level of care 3+ were renal failure (odds ratio 6.3), fracture (5.3), dementia (4.4), and cerebrovascular disease (CVD; 2.5) in males and fracture (7.5), heart failure (3.6), dementia (3.3), CVD (2.9), and depression (2.8) in females. Main medical conditions in Japanese patients by gender were dementia (males 29%, females 21%), CVD (males 27%, females 22%), neoplasm (males 11%), and fracture or fracture sequelae (females 24%). Among German LTCI recipients, the main medical conditions by gender were diseases of the circulatory system (males 23%, females 19%) and mental and behavioral disorders (males 17%, females 20%). CONCLUSION: Dementia and diseases of the circulatory system, especially CVD, were the most common main recipients. Intensive blood pressure control and thorough diabetes treatment are the top preventive healthcare strategies for both diseases of the circulatory system and dementia to avoid disease progression and accumulation. Early detection and treatment of cancer in males and prevention of fractures in females are of particular importance

Romanach Cabreo, J. (2011). "Aistencia personal: la prestacion economica para la autonomia y la vida independiente." *Papeles de economía española*

This article digs in the less well-known allowance of the Spanish Law 39/2006 for the Promotion of Personal Autonomy and the Care of Persons in Situation of Dependency: the personal assistance benefit. This benefit is the only one which emerged from a claim by persons living in situation of dependency. Underlying this claim is the concept of functional diversity as a question of human rights. The author posits that the personal assistance benefit scarcely developed in Spain, is not only effective to overcome discrimination suffered by many persons defined by the referred Law as «dependent», but also economically efficient.

2010

Arntz, M. et Thomsen, S. L. (2010). "Are Personal Budgets a Financially Sound Reform Option for the German Long-Term Care Insurance?" *Jahrbucher fur Nationalökonomie und Statistik* **230**(4):

378-402.

In a long-run social experiment, personal budgets have been tested as an alternative home care program of the German long-term care insurance (LTCI). By granting the monetary value of in-kind services in cash, personal budgets are considered to enable customized home care arrangements, thereby avoiding costly nursing home care and thus saving LTCI spending. However, personal budgets also compete with the already existing and less generous cash option of the LTCI. Any transition from the receipt of cash benefits to personal budgets thus challenges the view of personal budgets as a cost savings device, unless personal budgets sufficiently reduce the use of costly nursing home care to balance these extra costs. This paper therefore contrasts the short-term costs of implementing personal budgets with potential cost savings if personal budgets enhance the stability of home care and avoid costly nursing home care. For this purpose, the paper investigates the effects of personal budgets on the duration of home care until moving to a nursing home as well as the perceived stability of home care. Despite a positive effect of personal budgets on the stability of home care, LTCI spending is likely to increase in the short to medium run. In the long run, however, the expected transition to decreasing numbers of cash recipients favors the introduction of personal budgets

Berry, C. (2010). Past caring ? Widening the debate on funding long term care, Londres : International Longevity centre Uk

This report addresses one of the most controversial and intractable issues in UK politics today: how to fund long term care. Its main aim is to broaden the debate with reference to a range of issues that must be taken into account before a sustainable and fair funding settlement can be reached. The think-piece builds upon elements of various models proposed in recent years to sketch a series of ideas which could be adopted by the Dilnot Commission, or incorporated at some later point as a skeletal funding system evolves in operation. It argues that the partnership model, a variant of which is likely to be proposed by the Dilnot Commission, offers significant opportunities for a fair and sustainable funding system for long term care, given that it could lead to the removal of means-testing, and offers an ambitious vision for the role of the state and general taxation in care funding. But it suffers from what is termed here 'the pot fallacy'. It assumes that an individual's care needs can be quantified by estimating the cost of meeting these needs. In reality, the existence of three 'frontiers' within the mixed economy of care (between care provision and health provision, between formal and informal carers, and between care and array of other services which feed into care delivery, most notably housing) defy the notion of the pot; it is increasingly at these frontiers where innovation in care delivery will occur. The think-piece also argues that many aspects of care provision should be more closely integrated with health provision, paid for by the taxpayer but with scope for individuals to top up state-funded provision. Crucially, however, not all care needs can be addressed in this way. Care needs are essentially amorphous; many are most appropriately met by families and communities, and the funding system should recognise this amorphousness. Many services will also be provided through innovative mechanisms such as extra care housing, funded through both public and private mechanisms. Given that many people will also seek to top up services or insure against the risk of care needs arising at a level not deemed appropriate for universal, taxpayer-funded services, private insurance will have a significant role in the future of care funding. Such changes will by necessity emerge piecemeal rather than perfectly formed. Yet the crisis is now. As such, the think-piece develops a short-term solution which builds upon aspects of ILC-UK's social insurance model, while arguing that the social insurance principle may no longer be an appropriate foundation for welfare provision,

and that ultimately means-testing within the care funding system must be eliminated

Bolance, C., Alemany, R. et Guillen, M. (2010). Prediction of the economic cost of individual long-term care in the Spanish population. Working Paper 2010/11. Barcelone Université de Barcelone

http://www.ub.edu/irea/working_papers/2010/201011.pdf

Pensions together with savings and investments during active life are key elements of retirement planning. Motivation for personal choices about the standard of living, bequest and the replacement ratio of pension with respect to last salary income must be considered. This research contributes to the financial planning by helping to quantify long-term care economic needs. We estimate life expectancy from retirement age onwards. The economic cost of care per unit of service is linked to the expected time of needed care and the intensity of required services. The expected individual cost of long-term care from an onset of dependence is estimated separately for men and women. Assumptions on the mortality of the dependent people compared to the general population are introduced. Parameters defining eligibility for various forms of coverage by the universal public social care of the welfare system are addressed. The impact of the intensity of social services on individual predictions is assessed, and a partial coverage by standard private insurance products is also explored. Data were collected by the Spanish Institute of Statistics in two surveys conducted on the general Spanish population in 1999 and in 2008. Official mortality records and life table trends were used to create realistic scenarios for longevity. We find empirical evidence that the public long-term care system in Spain effectively mitigates the risk of incurring huge lifetime costs. We also find that the most vulnerable categories are citizens with moderate disabilities that do not qualify to obtain public social care support. In the Spanish case, the trends between 1999 and 2008 need to be further explored.

Costa-Font, J. (2010). "Family Ties and the Crowding Out of Long-Term Care Insurance." Oxford Review of Economic Policy **26**(4): 691-712.

Insurance for long-term care (LTC) has developed only moderately compared to other areas of welfare, which has been explained variously as the result of market failures, public misconceptions of the risk of LTC needs, and intergenerational contracts. This paper offers a cultural explanation for the limited LTC insurance development in Europe. It argues that family ties, by enhancing informal care-giving duties, inhibit individuals' expected (public and private) insurance coverage. The empirical analysis of the paper exploits cross-country and sub-group variability of a representative database of European Union member states, containing records on LTC coverage and family structure. Drawing upon two measures of feministic culture or family ties, we find a negative association between family ties and expected coverage of LTC for different sub-samples. These results are robust to a set of checks for different definitions of family ties and controls, and for a sub-sample of first- and second-generation migrants. Policy implications suggest that widespread expansion of LTC coverage might need to accommodate existing feministic cultural norms to avoid insurance crowding out

Da Roit, B. L. B. (2010). "Similar and Yet So Different: Cash-for-Care in Six European Countries' Long-Term Care Policies." Milbank Quarterly (The) **88**(3): 286-309.

<http://www.milbank.org/quarterly/8803feat.pdf>

In response to increasing care needs, the reform or development of long-term care (LTC) systems has become a prominent policy issue in all European countries. Cash-for-care

schemes-allowances instead of services provided to dependents-represent a key policy aimed at ensuring choice, fostering family care, developing care markets, and containing costs. A detailed analysis of policy documents and regulations, together with a systematic review of existing studies, was used to investigate the differences among six European countries (Austria, France, Germany, Italy, the Netherlands, and Sweden). The rationale and evolution of their various cash-for-care schemes within the framework of their long-term care LTC systems also were explored. While most of the literature present cash-for-care schemes as a common trend in the reforms that began in the 1990s and often treat them separately from the overarching long-term care LTC policies, this article argues that the policy context, timing, and specific regulation of the new schemes have created different visions of care and care work that in turn have given rise to distinct long-term care LTC configurations. A new typology of long-term care configurations is proposed based on the inclusiveness of the system, the role of cash-for-care schemes and their specific regulations, as well as the views of informal care and the care work that they require

Gannon, B. et Davin, B. (2010). "Use of formal and informal care services among older people." European Journal of Health Economics (The) **11**(5).

This paper focuses on current use of elderly care services in Ireland and France. In light of health care resource allocation problems, it is important to know the level of current use of home care on which future projections may be based. With the availability of SHARE (Survey of Health Ageing and Retirement in Europe) data, it is now possible to analyse this process and estimate the relationship between formal and informal care, and our econometric model tests for endogeneity of informal care. Previous research has not included Ireland into the analysis. Given that Ireland has a younger population base, lessons could be learned from countries with older populations, such as France. Results suggest informal care is endogenous and negatively linked with formal care in the pooled (France and Ireland) model. There is a higher unmet need for care in Ireland. These results have important policy implications for Ireland as the demographic makeup will change from 11 per cent to 15 per cent of older people over the next 10 years

Heineken, K. et Thomsen, S. (2010). The Social Long-term Care Insurance in Germany: Origin, Situation, Threats, and Perspectives. Discussion Paper; 10-012. Manheim Centrum fur Europäische Wirtschaftsforschung
<http://econstor.eu/bitstream/10419/30178/1/621195669.pdf>

This paper describes the Social Long-Term Care Insurance (SLTCI) in Germany. Based on a short review of the history of long-term care organization and the preceding laws in Germany, the implementation of the SLTCI as a self-standing pillar within the system of social insurances in Germany and its set-up with regard to eligibility criteria, service provision and financial budget are presented. Since SLTCI is a universal, contribution-financed insurance the ageing society and the corresponding shifts in the number of persons in need of care and the number of persons potentially providing informal care are challenges for its sustainability. Therefore, recently suggested reform options are discussed at the end of the paper showing potential pathways to a sufficient provision of care services in the future.

Hoffmann, F. et Rodrigues, R. (2010). Paying for long-term care, Vienne : The European Centre for Social Welfare Policy and Research

This Policy Brief aims to present information on the current picture of (public and private) expenditure on long-term care (LTC) for older people and discuss the challenges of financing

care. It also reviews the rationale for public funding of long-term care needs, since the funding is currently relatively low in most European countries when compared to other social protection areas. Also, funding schemes are skewed towards institutional care, even though most older people are cared for at home and age-adjusted nursing home usage rates have been falling. Contrary to health care user payments for long-term care can be quite high as a percentage of an individual's income, especially for institutional care. This can raise questions about which income groups contribute the most to finance care, as users of long-term care are expected to be disproportionately concentrated in poorer income groups. Using SHARE data, some initial results on the potential redistribution effects of home care benefits are also discussed. This Brief is structured in three main sections, framed by some background information on the context of long-term care policies. While the first and the second sections provide an overview of - respectively - public and private funding arrangements and expenditure on long-term care, with a focus on Europe, the third section explores the potential inequalities resulting from long-term care policies. Finally, some conclusions will be presented

Karlsson, M., Iversen, T. et Henning, O. (2010). Scandinavian long-term care financing. Working paper 2010; 2. Oslo HERO
http://www.hero.uio.no/publicat/2010/2010_2.pdf

In this paper, we compare and analyse the systems for financing long-term care for older people in the Scandinavian countries ? Denmark, Norway and Sweden. The three countries share common political traditions of local autonomy and universalism, and these common roots are very apparent when the financing of long-term care is concerned. Nevertheless, the Scandinavian systems for long-term care (LTC) exhibit some important deviations from the idealized ?universal welfare state? to which these countries are normally ascribed. For example, user charges tend to be strongly dependent on earnings, which is incoherent with the general norm of flat-rate public services. Also, there is significant regional variation in the level of services provided, which is in direct contrast with the universalist ambitions. Overall, the Scandinavian countries distinguish themselves through their very high reliance on public spending in long-term care. It is unclear to what extent the Scandinavian model for financing of long term care will be sustainable as demographic change progresses in the next few decades.

Keese, M., Meng, A. et Schnabel, R. (2010). Are You Well Prepared for Long-term Care? - Assessing Financial Gaps in Private German Care Provision, Bochum : Ruhr-Universität Bochum
http://repec.rwi-essen.de/files/REP_10_203.pdf

The development of expenditure for care services is one of the most intensively debated topics in public. However, studies calculating financial provision gaps only focus on the macro-level implications for the compulsory care insurance. In contrast, this paper examines the individuals' micro-level perspective. We use survey as well as regional and national statistical data to calculate expected individual costs of long-term care on a very detailed care arrangement and care level basis. Afterwards, we compare these costs with the individuals' total wealth. In our most conservative policy scenario, our results show that about a third of statutorily insured individuals will have to face a financial care provision gap. Among homeowners, an even higher share will have to liquidate the main residence. The privately insured are affected to a somewhat lower extent. In both groups, the situation will become much more severe if the development of public transfers does not keep up with future increases of long-term care costs. Furthermore-, regression analyses show that provision gaps are more frequent among statutorily insured individuals, females, and

individuals in single households

Nieboer, A. P., Koolman, X. et Stolk, E. A. (2010). "Preferences for long-term care services: willingness to pay estimates derived from a discrete choice experiment." *Soc Sci Med* **70**(9): 1317-1325.

Ageing populations increase pressure on long-term care. Optimal resource allocation requires an optimal mix of care services based on costs and benefits. Contrary to costs, benefits remain largely unknown. This study elicits preferences in the general elderly population for long-term care services for varying types of patients. A discrete choice experiment was conducted in a general population subsample aged 50-65 years (N = 1082) drawn from the Dutch Survey Sampling International panel. To ascertain relative preferences for long-term care and willingness to pay for these, participants were asked to choose the best of two care scenarios for four groups of hypothetical patients: frail and demented elderly, with and without partner. The scenarios described long-term care using ten attributes based on Social Production Function theory: hours of care, organized social activities, transportation, living situation, same person delivering care, room for individual preferences, coordination of services, punctuality, time on waiting list, and co-payments. We found the greatest value was attached to same person delivering care and transportation services. Low value was attached to punctuality and room for individual preferences. Nursing homes were generally considered to be detrimental for well-being except for dementia patients without a partner. Overall, long-term care services were thought to produce greatest well-being for the patients 'without a partner' and those 'with dementia'. Individuals combining these two risk factors would benefit the most from all services except transportation which was considered more important for the frail elderly. The results support the notion that long-term care services represent different value for different types of patients and that the value of a service depends upon the social context. Examination of patient profiles confirmed the notion that physical, mental and social vulnerability affect valuation of the services. Policy-making would profit from allocation models in which budgetary requirements of different services can be balanced against the well-being they produce for individuals.

Pestieau, P. et Ponthiere, G. (2010). *Long term care insurance puzzle*, Paris : PSE
<http://www.pse.ens.fr/document/wp201014.pdf>

The purpose of this paper is to examine the alternative explanatory factors of the so-called long term care insurance puzzle, namely the fact that so few people purchase a long term care insurance whereas this would seem to be a rational conduct given the high probability of dependence and the high costs of long term care. For that purpose, we survey various theoretical and empirical studies of the demand and supply of long term care insurance. We discuss the vicious circle in which the long term care insurance market is stuck: that market is thin because most people find the existing insurance products too expensive- , and, at the same time, the products supplied by insurance companies are too expensive because of the thinness of the market. Moreover, we also show that, whereas some explanations of the puzzle involve a perfect rationality of agents on the LTC insurance market, others rely, on the contrary, on various behavioral imperfections

Rothgang, H. (2010). "[Fairness in Germany's long-term care insurance: the relationship between social insurance and private mandatory insurance]." *Gesundheitswesen*. **72**(3): 154-160.

The long-term care insurance act of 1994 introduced two branches of long-term care

insurance (LTCl), namely the social LTCl and a mandatory private LTCl. Both branches together cover almost the whole population. Insureds of the social LTCl, however, have a higher age-specific dependency ratio. Furthermore, social LTCl covers a higher share of elderly people. Therefore, per capita expenses are twice as high as in private L

Weatherly, H., Mason, A., Goddard, M., et al. (2010). Financial Integration across Health and Social Care: Evidence Review, Edinburgh : Scottish Government.

<http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/303234/0095107.pdf>

The effective, affordable and sustainable provision of social care is a challenge in many high income countries due to increasing demand and pressure on limited resources. As it is increasingly unsustainable for health care systems to focus on treatment and secondary care, preventive measures and ways to integrate health and social services are being examined. This report includes a rapid review of the international literature on integrated resource mechanisms used within health care and across health and social care. The review identifies various techniques that have been used to enable financial integration, the context in which they were used, their overall effectiveness, barriers to implementation and critical success factors. Funding models were identified and critically appraised from an economic perspective. Three reasons for adopting integrated funding approaches were identified. Individuals with complex needs often have difficulty receiving quality care in existing separated structures. Increasing demand for medical care, along with scarce resources and financial pressures, are showing current healthcare systems to be economically unsustainable. Current financial structures may include incentives that encourage over-supply and discourage disease prevention measures. While there was no evidence of joint financing leading to an improvement in health outcomes, this may be because the analytic approach used was not appropriate and few studies analysed health outcomes. There is limited evidence on the effectiveness and cost-effectiveness of integrated resource mechanisms. However this may be due to study design rather than absence of effect. It is difficult to determine which integrative approaches are the most effective due to the degree of heterogeneity between them. But there is little evidence that structural integration, which involves combining health and health-related social care units into a single health body, is necessary for achieving integration of care

Zhou-Richter, T., Browne, M. J. et Grundl, H. (2010). "Don't They Care? Or, Are They Just Unaware? Risk Perception and the Demand for Long-Term Care Insurance." Journal of Risk and Insurance **77**(4): 715-747.

The potential need for long-term care (LTC) is one of the greatest financial risks faced not only by the elderly but also by their adult children, who often provide care or financial assistance. We investigate adult children's role in the demand for LTC insurance. Similar to flood insurance, we find that demand for LTC insurance is low due to low risk perception. The more aware adult children are of the risk, the more likely LTC insurance is to be purchased, either by the children themselves on behalf of their parents or by the parents under the influence of their children

Zuchandke, A., Reddemann, S., Krummaker, S., et al. (2010). "Impact of the Introduction of the Social Long-Term Care Insurance in Germany on Financial Security Assessment in Case of Long-Term Care Need." Geneva Papers on Risk and Insurance: Issues and Practice **35**(4): 626-643.

The discussion concerning long-term care insurance in Germany barely exceeds the financial state of the social system. The view of the insured involved is largely ignored. This paper

analyses the effect of the introduction of compulsory long-term care insurance in 1995 in Germany on the perception of financial security when needing long-term care. Using different regression techniques on a subset of the German Socio-Economic Panel (SOEP) data, we show that the introduction led to a general positive shift of the assessment. Furthermore, experience with long-term care had no significant effect before the introduction but a positive effect afterwards. Also, the perception of financial security is found to be increasing with income at both times with similar magnitudes

ÉTUDES : AUSTRALIE, CANADA, ÉTATS-UNIS, JAPON....

2019

Friedman, E. M., Rodakowski, J., Schulz, R., et al. (2019). "Do Family Caregivers Offset Healthcare Costs for Older Adults? A Mapping Review on the Costs of Care for Older Adults With Versus Without Caregivers." *Gerontologist*. 59(5) e535-e551.

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Older adults face significant long-term care and health care costs. But some of these costs can potentially be offset through family caregivers who may serve as substitutes for formal care or directly improve the care recipient's health and reduce health care utilization and expenditures. This article reviews the current literature to determine whether it is possible through existing work to compare the costs of care for individuals with versus without family caregivers and, if not, where the data, measurement, and other methodological challenges lie. **RESEARCH DESIGN AND METHODS:** A mapping review of published works containing information on health care utilization and expenditures and caregiving was conducted. A narrative approach was used to review and identify methodological challenges in the literature. **RESULTS:** Our review identified 47 articles that met our criteria and had information on caregiving and health care costs or utilization. Although findings were mixed, for the most part, having a family caregiver was associated with reduced health care utilization and a decreased risk of institutionalization however, the precise difference in health care expenditures for individuals with caregivers compared to those without was rarely examined, and findings were inconsistent across articles reviewed. **DISCUSSION AND IMPLICATIONS:** The number of family caregivers providing care to loved ones is expected to grow with the aging of the Baby Boomers. Various programs and policies have been proposed to support these caregivers, but they could be costly. These costs can potentially be offset if family caregivers reduce health care spending. More research is needed, however, to quantify the savings stemming from family caregiving.

Kondo, A. (2019). Impact of Increased Long-Term Care Insurance Payments on Employment and Wages in Formal Long-Term Care. *IZA Discussion Paper ; 12383*. Tokyo University of Tokyo: 76.

<http://ftp.iza.org/dp12383.pdf>

This paper examines the effect of raising Long-term Care Insurance (LTCI) payments on employment and wages of workers in the long-term care (LTC) industry. Specifically, I use the change in the regional premium in 2012 as an exogenous shock to the insurance fee schedule: the change in the unit price of LTCI service ranges from a decrease of 2.8% to an increase of 4.2%. I find no increase in the number of employees in the establishments, registered under the LTCI scheme, in municipalities where the regional premium increased. The earnings and working hours of LTC workers did not increase, either.

Liu, W. et Liu, J. (2019). The Effect of Political Frictions on Long Term Care Insurance. Cambridge Harvard Graduate School of Arts and Science
https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3388542

Despite sharply rising prices, the number of companies choosing to operate in the private long term care insurance (LTCI) has dropped from over 100 to just over 30 today. This paper analyzes how product mispricing and regulators' stringency jointly affected insurer dropout in the LTCI market. Using detailed data on LTCI pricing, we show that regulators' political climate – including their election cycles, political capital, political affiliation, and campaign funding – significantly affected price changes in the LTCI market and, subsequently, insurer profits. We then develop a dynamic structural model of insurance company and regulator interactions. Our model demonstrates how insurer supply and social welfare may be decreasing in regulator stringency when cost shocks are large and unpredictable. Using the calibrated model, we find that removing regulators' election cycles would also significantly increase social welfare – equivalent to removing 8% of total cost shocks observed in the LTCI market.

Moody, E., Martin-Misener, R., Warner, G., et al. (2019). "Out-of-pocket expenses related to aging in place for frail older people: a scoping review protocol." *JBHI Database System Rev Implement Rep.* **17** (11) : 2326-2333

REVIEW QUESTION: What does the literature report about the out-of-pocket expenses associated with aging in place for frail older people and their family and friend caregivers?

Takahashi, M. (2019). The Behavioral Effect of Insurance Coverage and Its Health Consequences: Evidence from Long-Term Care. Tokyo The University of Tokyo
https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3352257

How does the generosity of social insurance coverage affect demand for healthcare and health outcomes for the elderly? This paper examines the effect of insurance coverage on long-term care utilization and its health consequences using novel administrative data from the public long-term care insurance (LTCI) system in Japan. LTCI coverage is determined through a standardized health index and there exist multiple thresholds which generate discontinuous changes in the insurance coverage. Exploiting a regression discontinuity (RD) design, I find that an expansion of insurance coverage significantly increases recipients' long-term care utilization even without a change in price they face. I also find that utilizing more long-term care has little effect on health outcomes. Together, these results suggest that generous insurance coverage could induce excessive utilization mainly due to behavioral biases without having health benefits.

2018

Arora, K. et Wolf, D. A. (2018). "Does Paid Family Leave Reduce Nursing Home Use? The California Experience." *Journal of Policy Analysis and Management* **37**(1): 38-62.

The intent of Paid Family Leave (PFL) is to make it financially easier for individuals to take time off from paid work to care for children and seriously ill family members. Given the linkages between care provided by family members and the usage of paid services, we examine whether California's PFL program influenced nursing home utilization in California during the 1999 to 2008 period. This is the first empirical study to examine the effects of PFL

on long-term care patterns. Multivariate difference-in-difference estimates across alternative comparison groups provide consistent evidence that the implementation of PFL reduced the proportion of the elderly population in nursing homes by 0.5 to 0.7 percentage points. Our preferred estimate, employing an empirically-matched group of control states, finds that PFL reduced nursing home usage by about 0.65 percentage points. For California, this represents an 11 percent relative decline in elderly nursing home utilization.

Cohen, M. A. et Feder, J. (2018). "Financing long-term services and supports: challenges, goals, and needed reforms." *J Aging Soc Policy* **30**(3-4): 209-226.

The need for long-term services and supports (LTSS) presents a growing financial burden on disabled individuals, their families, and state Medicaid budgets. Strategies for addressing this problem pose both a policy design and a political challenge. This article begins by explaining the choices and trade-offs policy makers face in designing new policy and offers the outlines of a specific approach to navigating these. It then concludes with an assessment of current LTSS policy directions and politics-specifically, the movement to constrain, rather than enhance, federal financing for LTSS and the counterpressures necessary to strengthen meaningful insurance protection. While the political environment has become even less conducive to expansion of public benefits, the underlying problem of LTSS financing will grow and persist. And politics change. Thus, in this paper we offer and explain the choices we would make to bridge the political divide-specifically, a proposal to develop a new public-private partnership based on a public program to cover "back-end" or catastrophic costs plus measures making private insurance more attractive for the "up-front" risk, an approach that has recently been endorsed by a number of bipartisan groups.

Favreault, M. M. et Johnson, R. W. (2018). *Distributional Effects of Alternative Strategies for Financing Long-Term Services and Supports and Assisting Family Caregivers*. Chestnut Hill Center for Retirement Research at Boston College

<http://crr.bc.edu/working-papers/distributional-effects-of-alternative-strategies-for-financing-long-term-services-and-supports-and-assisting-family-caregivers/>

We use two historical data sources – the Health and Retirement Study and the Medicare Current Beneficiary Study – to consider the patterns in older Americans' severe disability and their use of long-term services and supports (LTSS) by age and socioeconomic status. We then use a dynamic microsimulation model to project how the effects of various interventions to support those with severe disabilities and their caregivers would be distributed across the income distribution. The interventions that we examine fall into three broad classes: tax credits for caregiving expenses, respite care for people in the community with family caregivers, and new social insurance programs. Within each broad class of policies, we examine how sensitive outcomes are to changes in policy details (such as, in the case of tax credits, deductible levels, refundability, and income phase-outs).

Norton, E. C. (2018). "Long-Term Care and Pay-for-Performance Programs." *Review of Development Economics* **22**(3): 1005-1021.

Pay-for-performance programs are gradually spreading across Asia. This paper builds on the longer experience in the United States to offer lessons for Asia. The Center for Medicare and Medicaid Services has introduced several pay-for-performance programs since 2012 to encourage hospitals to improve quality of care and reduce costs. Some state Medicaid programs have also introduced pay-for-performance for nursing homes. Long-term care providers play an important role in hospital pay-for-performance programs because they can

affect the readmission rate and also total episode payments. A good pay-for-performance program will focus on improving quality of care that affects health outcomes. In addition, that quality must vary across providers and be measurable. Furthermore, it is important that the measures be reported in a timely way, that both demand and supply respond to the measures, and that the measures be risk adjusted. Empirical data from Medicare beneficiaries in the state of Michigan show that mean episode payments and readmission rates in skilled nursing facilities vary widely and are sensitive to the number of observations. These practical matters create challenges for implementing pay-for-performance in practice. There is an extensive literature review of pay-for-performance in long-term care in the United States and in Asia.

2017

Boyer, M., De Donder, P. P., Fluet, C., et al. (2017). Long-Term Care Insurance: Knowledge Barriers, Risk Perception and Adverse Selection. NBER Working Paper Series ; n° 23918. Cambridge NBER

<http://www.nber.org/papers/w23918>

We conduct a stated-choice experiment where respondents are asked to rate various insurance products aimed to protect against financial risks associated with long-term care needs. Using exogenous variation in prices from the survey design, and objective risks computed from a dynamic microsimulation model, these stated-choice probabilities are used to predict market equilibrium for long-term care insurance using the framework developed by Einav et al. (2010). We investigate in turn causes for the low observed take-up of long-term care insurance in Canada despite substantial residual out-of-pocket financial risk. We first find that awareness and knowledge of the product is low in the population: 44% of respondents who do not have long-term care insurance were never offered this type of insurance while overall 31% report no knowledge of the product. Although we find evidence of adverse selection, results suggest it plays a minimal role in limiting take-up. On the demand side, once respondents have been made aware of the risks, we find that demand remains low, in part because of misperceptions of risk, lack of bequest motive and home ownership which may act as a substitute.

Costa-Font, J., Frank, R. et Swartz, K. (2017). Access to Long-Term Care After a Wealth Shock: Evidence from the Housing Bubble and Burst. NBER Working Paper Series ; n° 23781. Cambridge NBER

<http://www.nber.org/papers/w23781>

Home equity is the primary self-funding mechanism for long term services and supports (LTSS). Using data from the relevant waves of the Health and Retirement Study (1996-2010), we exploit the exogenous variation in the form of wealth shocks resulting from the value of housing assets, to examine the effect of wealth on use of home health, unpaid help and nursing home care by older adults. We find a significant increase in the use of paid home health care and unpaid informal care but no effect on nursing home care access. We conduct a placebo test on individuals who do not own property; their use of LTSS was not affected by the housing wealth changes. The findings suggest that a wealth shock exerts a positive and significant effect on the uptake of home health and some effect on unpaid care but no significant effect on nursing home care.

KEMPOREN (2017). Health Insurance, long term care insurance as Health insurance societies in Japan.

Pôle documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

Page 185 sur 365

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-soutien-a-domicile-des-personnes-handicapees-et-dependantes.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-soutien-a-domicile-des-personnes-handicapees-et-dependantes.epub

SI: National Federation of Health Insurance Societies (KEMPOREN)

<https://www.kenporen.com/book>

Ma, G. et Sun, W. (2017). "Can Catastrophic Long-Term Care Insurance Policies Increase Private Insurance Coverage and Reduce Medicaid Expenditure?" B.E. Journal of Economic Analysis

<http://www.degruyter.com/view/j/bejeap>

Using an inter-temporal optimization model of long-term care insurance purchase decisions, we evaluate catastrophic long-term care insurance policies that cover the tail risk of long-term care costs at affordable premiums. Under our baseline model, we show theoretically that introducing catastrophic policies will induce 11 percent of middle-income men and 3 percent of middle-income women to initiate private insurance coverage. As a result, Medicaid costs will be reduced by 0.20 percent and 0.19 percent for men and women, respectively.

Sood, N., Alpert, A., Barnes, K., et al. (2017). "Effects of Payment Reform in More versus Less Competitive Markets." J Health Econ **51**: 66-83.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jhealeco.2016.12.006>

Policymakers are increasingly interested in reducing healthcare costs and inefficiencies through innovative payment strategies. These strategies may have heterogeneous impacts across geographic areas, potentially reducing or exacerbating geographic variation in healthcare spending. In this paper, we exploit a major payment reform for home health care to examine whether reductions in reimbursement lead to differential changes in treatment intensity and provider costs depending on the level of competition in a market. Using Medicare claims, we find that while providers in more competitive markets had higher average costs in the pre-reform period, these markets experienced larger proportional reductions in treatment intensity and costs after the reform relative to less competitive markets. This led to a convergence in spending across geographic areas. We find that much of the reduction in provider costs is driven by greater exit of "high-cost" providers in more competitive markets.

2016

Ameriks, J., Briggs, J. et Caplin, A. (2016). Late-in-Life Risks and the Under-Insurance Puzzle. NBER Working Paper series : n° 22726. Cambridge NBER

www.nber.org/papers/w22726

Individuals face significant late-in-life risks, including needing long-term care (LTC). Yet, they hold little long-term care insurance (LTCI). Using both "strategic survey questions," which identify preferences, and stated demand questions, this paper investigates the degree to which a fundamental lack of interest and poor product features determine low LTCI holdings. It estimates a rich set of individual-level preferences and uses a life-cycle model to predict insurance demand, finding that better insurance would be far more widely held than are products in the market. Comparing stated and model-predicted demand shows that flaws in existing products provide a significant, but partial, explanation for this under-insurance puzzle.

Banks, J., Blundell, R., Levell, P., 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 :

Pôle documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-soutien-a-domicile-des-personnes-handicapees-et-dependantes.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-soutien-a-domicile-des-personnes-handicapees-et-dependantes.epub

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.

Blomqvist, A. et Busby, C. (2016). "Determining the Public/Private Mix: Options for Financing Targeted Universality in Long-Term Care." *Healthc Pap* **15**(4): 25-30.

The way in which we pay for long-term care (LTC) services is going to come under enormous pressure as Canada's baby boomers age. Once baby boomers start to turn 75, in 2021, the demand for LTC services will see a sharp upward trend. A number of independent projections have demonstrated how this will put pressure on the public finances in coming years. It should be concerning to Canadians that we have not publicly discussed how we will make the tough choices to cope with these pressures. Moreover, it's equally troubling that our provincial LTC systems already are unable to cope with the current level of demand for services, with less than a decade before the first wave of boomers enter age groups where demand for LTC is high, and alternate level of care patients, made up mostly of frail elderly, occupying over 15% of Canadian hospital beds on a daily basis as they await care elsewhere. Although we think it is unlikely that Canadian provinces will add LTC to the list of fully subsidized health services (hospitals and doctors), we should do a better job of targeting the existing public subsidies for LTC - and do so while putting LTC financing on a more sustainable footing.

Campbell, J., Ikegami, N., Gori, C., et al. (2016). How Different Countries Allocate Long-Term Care Resources to Older Users: A Comparative Snapshot. *Long-Term Care Reforms in OECD Countries: Successes and Failures*. Gori, C., Fernandez, J.-L. et Wittenberg, R., Bristol and Chicago: Policy Press; distributed by University of Chicago Press: 47-76.

Davis, K., Willink, A. et Schoen, C. (2016). "Integrated care organizations: Medicare financing for care at home." *Am J Manag Care* **22**(11): 764-768.

OBJECTIVES: As the boomer population ages, there is a growing need for integrated care organizations (ICOs) that can integrate both medical care and long-term services and supports in the home. This paper presents a policy proposal to support the creation of ICOs, redesign care, and provide financing for home- and community-based services (HCBS), with the goal of enhancing financial protection for beneficiaries, coordinating care, and preventing costly hospital and nursing home use. **METHODS:** This study used the 2012 Medicare Current Beneficiary Survey (MCBS) Cost and Use File, inflated to 2016 figures, to describe the characteristics of Medicare beneficiaries and their healthcare utilization and spending. The costs of covering up to 20 hours of personal care services a week were estimated using MCBS population counts, participation assumptions based on the literature, and financing design parameters. **RESULTS:** A targeted HCBS benefit could be added to Medicare and financed with income-related cost sharing ranging from 5% to 50%, a premium paid by Medicare beneficiaries of approximately \$42 a month, and payroll taxes estimated at around 0.4% of earnings on employers and employees. **CONCLUSIONS:** Adoption of an HCBS

benefit in Medicare would improve financial protection for beneficiaries with physical and/or cognitive impairment and provide the financing for health organizations to better integrate medical and social services. ICOs and delivery models of care emphasizing care at home would improve accessibility of care and avoid costly institutionalization; additionally, it would also reduce beneficiary reliance on Medicaid.

Deber, R. et Laporte, A. (2016). "Funding Long-Term Care in Canada: Who is Responsible for What?" Healthc Pap 15(4): 36-40.

As Adams and Vanin (2016) have noted, different ways of funding long-term care (LTC) have different implications. Because health is not just healthcare, and LTC is not homogeneous, determining the appropriate public–private mix is complex. We suggest that how issues are framed helps influence policy choices, including who should pay for what, and how things should be financed. In addition, the distribution of expenditures for some services can be highly skewed, affecting the extent to which average cost data are useful in extrapolating their costs. We note that health expenditures fall into multiple categories, each presenting different policy issues. For example, framing LTC as health, as basic costs associated with living or as forced savings (like pensions) affects which funding approaches might be used, and the extent to which changes in the population distribution will affect cost structures. Underlying these discussions are questions of solidarity, and how much we believe that we are our brother's or grandmother's.

Gori, C., Barbabella, F., Campbell, J., et al. (2016). How Different Countries Allocate Long-Term Care Resources to Older Users: Changes over Time. Long-Term Care Reforms in OECD Countries: Successes and Failures. Gori, C., Fernandez, J.-L. et Wittenberg, R., Bristol and Chicago: Policy Press; distributed by University of Chicago Press: 77-115.

Grignon, M. (2016). "Funding for Long-Term Care: Why Public Insurance Makes Sense." Healthc Pap 15(4): 21-24.

Adams and Vanin (2016) build a strong case for public support for private insurance in long-term care. Their main argument is that public coverage is not politically feasible. I start with summing up and criticizing their argument. The gist of my criticism is that the success of their plan requires some kind of selection (not everybody buys coverage), and selection is precisely why private insurance does not work for long-term care. I then reframe my preferred policy option: a public scheme financed out of a flat rate or sales tax.

Harris-Kojetin, L., Sengupta, M., Park-Lee, E., et al. (2016). "Long-Term Care Providers and services users in the United States: data from the National Study of Long-Term Care Providers, 2013-2014." Vital & health statistics. Series 3, Analytical and epidemiological studies(38): x-xii; 1-105.

<http://europepmc.org/abstract/MED/27023287>

Herbert Emery, C. (2016). Tax-Assisted Approaches for Helping Canadians Meet Out-of-Pocket Health-Care Costs. SPP Research Papers, Vol. 9. Calgary University of Calgary

Canadians are not saving for the inevitable costs of drugs and long-term care which they will have to pay for out of pocket in their old age, and these costs could potentially be financially devastating for them. Later in life, when out-of-pocket health-care costs mount, those who previously enjoyed the security of a workplace insurance plan to cover such expenses will face a grim financial reality. Many aspects of care for older Canadians aren't covered by this

country's single-payer health-care system. Besides prescription drugs, these include management of chronic conditions by ancillary health professionals, home care, long-term care, and dental and vision care. Statistics show that in 2012, Canadians' private spending on health care totaled \$60 billion, with private health insurance covering \$24.5 billion of that amount. Coverage of health-care costs that don't fall under Medicare's purview is at present rather piecemeal. The non-refundable federal Medical Expense Tax Credit covers expenses only after the three-per-cent minimum, or first \$2,171, of out-of-pocket costs have been paid by the individual. The Disability Tax Credit is available to those with a certified chronic disability, and these individuals are eligible for further support via the Registered Disability Savings Plan. A Caregiver Tax Credit is also available. The federal government has a golden opportunity to provide an incentive for Canadians to set aside money to pay not only for the often catastrophic medical and drug costs that can come with aging, but also to save so they can afford long-term care, or purchase private health insurance.

Ke, B. et Colin, B. (2016). "Determining the Public/Private Mix: Options for Financing Targeted Universality in Long-Term Care." *Healthcare Papers* **15**(4): 25-30.

The way in which we pay for long-term care (LTC) services is going to come under enormous pressure as Canada's baby boomers age. Once baby boomers start to turn 75, in 2021, the demand for LTC services will see a sharp upward trend. A number of independent projections have demonstrated how this will put pressure on the public finances in coming years. It should be concerning to Canadians that we have not publicly discussed how we will make the tough choices to cope with these pressures. Moreover, it's equally troubling that our provincial LTC systems already are unable to cope with the current level of demand for services, with less than a decade before the first wave of boomers enter age groups where demand for LTC is high, and alternate level of care patients, made up mostly of frail elderly, occupying over 15% of Canadian hospital beds on a daily basis as they await care elsewhere. Although we think it is unlikely that Canadian provinces will add LTC to the list of fully subsidized health services (hospitals and doctors), we should do a better job of targeting the existing public subsidies for LTC – and do so while putting LTC financing on a more sustainable footing.

Kennedy, J., Gimm, G. et Glazier, R. (2016). "After CLASS – Is a voluntary public insurance program a realistic way to meet the long-term support and service needs of adults with disabilities?" *Disability and Health Journal* **9**(2): 197-200.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1936657415001697>

Abstract: Background The CLASS Act, which was part of the Affordable Care Act of 2010, established a voluntary personal assistance services (PAS) insurance program. However, concerns about enrollment and adverse selection led to repeal of the CLASS Act in 2013. Objectives To estimate the number of middle-aged adults interested in purchasing PAS insurance, the sociodemographic, socioeconomic and disability attributes of this population, and the maximum monthly premium they would be willing to pay for such coverage. Methods A total of 13,384 adults aged 40–65 answered questions about their interest in PAS insurance in the 2011 Sample Adult National Health Interview Survey. We applied survey weights for the U.S. population and conducted logistic regression analyses to identify personal factors associated with interest in paying for the CLASS program. Results An estimated 25.8 million adults aged 40–65 (26.7%) said they would be interested in paying for a public insurance program to cover PAS benefits. However, interest in PAS insurance varied by age, race, ethnicity, region, income, disability status, and family experience with ADL assistance. Only 1.6 million adults aged 40–65 (1.8%) said they would be willing to pay \$100

per month or more for coverage. Conclusions While more than a quarter of the middle-aged adult population said they were interested in PAS insurance, actual participation would be highly dependent on premium rates. The current lack of publicly subsidized insurance for long-term care and personal assistance services remains a serious gap in the disability service system.

Norton, E. C. (2016). Health and Long-Term Care. Handbook of the Economics of Population Aging. Volume 1B. Piggott, J. et Woodland, A., Handbooks in Economics. Amsterdam and Boston: Elsevier, North-Holland: 951-989.

O'Leary, J. et Chow, L. (2016). "Challenges Facing U.S. Long-Term Care Financing: Future Needs, Key Issues and Current Solutions." Benefits Q **32**(4): 45-55.

The need for long-term care (LTC) is on the rise as the Baby Boomer generation ages. This article will focus on the projected future drivers and costs for LTC, why the private LTC approach has not worked to date and alternate approaches in the market that appear to help address some of the current needs.

Owen, A. et Sharon, V. (2016). "Funding Long-Term Care In Canada: Issues and Options." Healthc Pap **15**(4): 7-19.

Canada's aging population is likely to result in increased health and long-term care (LTC) costs. It is estimated that between 2012 and 2046, LTC cost liability could reach almost \$1.2 trillion. Many Canadians are unaware of the potential burden of LTC expenditures, and there is no consensus on who should pay for them. There are four possible options: (1) general tax revenues; (2) social insurance (employer/employee contributions); (3) private purchase of LTC insurance; and (4) private savings. This paper reviews these options as they have materialized to date in Canada and other countries. Despite the growing acuity of this issue, it seems unlikely that a universal, publicly funded approach to LTC will emerge in Canada. It is clear that federal and provincial/territorial governments must continue to explore policy options for LTC funding including public education, prevention and mitigation strategies and provision for tax-sheltered savings specifically for LTC.

2015

Allan, S. et Forder, J. (2015). "The Determinants of Care Home Closure." Health Economics **24**(S1): 132-145.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.3149>

Summary This study investigates the causes of full closure of care homes in the English care home/nursing home market. We develop theoretical arguments about two causes for closure that are triggered by errors or external shocks: poor economic sustainability and regulatory action. Homes aiming to operate with lower quality in the market are argued for a number of reasons to be more susceptible to errors/shocks in setting quality, especially negative errors, leading to an empirical hypothesis that observed quality should negatively affect closure chance. In addition, given quality, homes facing relatively high levels of local competition should also have an increased chance of closure. We use a panel of care homes from 2008 and 2010 to examine factors affecting their closure status in subsequent years. We allow for the potential endogeneity of home quality and use multiple imputation to replace missing data. Results suggest that homes with comparatively higher quality and/or

lower levels of competition have less chance of closure than other homes. We discuss that the results provide some support for the policy of regulators providing quality information to potential purchasers in the market. © 2015 The Authors. Health Economics published by John Wiley & Sons Ltd.

Favreault, M. M., Gleckman, H. et Johnson, R. W. (2015). "Financing Long-Term Services And Supports: Options Reflect Trade-Offs For Older Americans And Federal Spending." Health Aff (Millwood) **34**(12): 2181-2191.

About half of older Americans will need a high level of assistance with routine activities for a prolonged period of time. This help is commonly referred to as long-term services and supports (LTSS). Under current policies, these individuals will fund roughly half of their paid care out of pocket. Partly as a result of high costs and uncertainty, relatively few people purchase private long-term care insurance or save sufficiently to fully finance LTSS; many will eventually turn to Medicaid for help. To show how policy changes could expand insurance's role in financing these needs, we modeled several new insurance options. Specifically, we looked at a front-end-only benefit that provides coverage relatively early in the period of disability but caps benefits, a back-end benefit with no lifetime limit, and a combined comprehensive benefit. We modeled mandatory and voluntary versions of each option, and subsidized and unsubsidized versions of each voluntary option. We identified important differences among the alternatives, highlighting relevant trade-offs that policy makers can consider in evaluating proposals. If the primary goal is to significantly increase insurance coverage, the mandatory options would be more successful than the voluntary versions. If the major aim is to reduce Medicaid costs, the comprehensive and back-end mandatory options would be most beneficial.

Guo, J., Konetzka, R. T. et Manning, W. G. (2015). "The causal effects of home care use on institutional long-term care utilization and expenditures." Health Econ **24 Suppl 1**: 4-17.

Limited evidence exists on whether expanding home care saves money overall or how much institutional long-term care can be reduced. This paper estimates the causal effect of Medicaid-financed home care services on the costs and utilization of institutional long-term care using Medicaid claims data. A unique instrumental variable was applied to address the potential bias caused by omitted variables or reverse effect of institutional care use. We find that the use of Medicaid-financed home care services significantly reduced but only partially offset utilization and Medicaid expenditures on nursing facility services. A \$1000 increase in Medicaid home care expenditures avoided 2.75 days in nursing facilities and reduced annual Medicaid nursing facility costs by \$351 among people over age 65 when selection bias is addressed. Failure to address selection biases would misestimate the substitution and offset effects. Copyright (c) 2015 John Wiley & Sons, Ltd.

Kim, H. et Norton, E. C. (2015). "Practice Patterns among Entrants and Incumbents in the Home Health Market after the Prospective Payment System was Implemented." Health Economics **24**(S1): 118-131.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.3147>

Abstract: Home health care expenditures were the fastest growing part of Medicare from 2001–2009, despite the implementation of prospective payment. Prior research has shown that home health agencies adopted two specific strategies to take advantage of Medicare policies: provide at least 10 therapy visits to get an enormous marginal payment and recertify patients for additional episodes. We study whether there is heterogeneity in the

adoption of those strategic behaviors between home health agency entrants and incumbents and find that entrants were more likely to adopt strategic practice patterns than were incumbents. We also find that for-profit incumbents mimicked one of the practice patterns following entrants in the same market. Our findings suggest that it is important to understand the heterogeneity in providers' behavior and how firms interact with each other in the same market. These findings help explain the rapid rise in expenditures in the home health care market. Copyright © 2015 John Wiley & Sons, Ltd.

Naomi, Y. (2015). The "Costs" of Informal Care: An Analysis of the Impact of Elderly Care on Caregivers' Subjective Well-being in Japan. Fukuoka Asian Growth Research Institute <https://mpr.ub.uni-muenchen.de/67825/>

This paper examines the impact of providing informal care to elderly parents on caregivers' subjective well-being using unique data from the "Preference Parameters Study" of Osaka University, a nationally representative survey conducted in Japan. The estimation results indicate heterogeneous effects: while informal elderly care does not have a significant impact on the happiness level of married caregivers regardless of whether they take care of their own parents or parents-in law and whether or not they reside with them, it has a negative and significant impact on the happiness level of unmarried caregivers who take care of their parents outside their home. These findings shed light on the important role that formal care services could play in reducing the burden on caregivers, particularly unmarried caregivers who presumably receive less support from family members.

Rhee, J. C., Done, N. et Anderson, G. F. (2015). "Considering long-term care insurance for middle-income countries: comparing South Korea with Japan and Germany." *Health Policy* **119**(10): 1319-1329.

Financing and provision of long-term care is an increasingly important concern for many middle-income countries experiencing rapid population aging. We examine three countries (South Korea, Japan, and Germany) that use social insurance to finance medical care and have developed long-term care insurance (LTCI) systems. These countries have adopted different approaches to LTCI design within the social insurance framework. We contrast their financing systems and draw lessons regarding revenue generation, benefits design, and eligibility. Based on this review, it seems important for middle-income countries to start developing LTCI schemes early, before aging becomes a significant problem and substantial revenues are needed. Early financing also ensures that the service delivery system has time to adapt because most middle-income countries lack the infrastructure for providing long-term care services. One approach is to start with a limited benefit package and strict eligibility rules and expanded the program as the country develops sufficient experience and more providers become available. All three countries use some form of cost-sharing to discourage service overuse, combined with subsidies for poor populations to maintain appropriate access. A major policy choice is between cash benefits or direct provision of services and the approach will have a large impact on the workforce participation of women.

Rich, P. B. et Adams, S. D. (2015). "Health care: economic impact of caring for geriatric patients." *Surge Clin North Am* **95**(1): 11-21.

National health care expenditures constitute a continuously expanding component of the US economy. Health care resources are distributed unequally among the population, and geriatric patients are disproportionately represented. Characterizing this group of individuals that accounts for the largest percentage of US health spending may facilitate the

introduction of targeted interventions in key high-impact areas. Changing demographics, an increasing incidence of chronic disease and progressive disability, rapid technological advances, and systemic market failures in the health care sector combine to drive cost. A multidisciplinary approach will become increasingly necessary to balance the delicate relationship between our constrained supply and increasing demand.

Wilmoth, J. M., London, A. S. et Heflin, C. M. (2015). "The use of VA Disability Compensation and Social Security Disability Insurance among working-aged veterans." *Disabil Health J* 8(3): 388-396.

BACKGROUND: Although there is substantial disability among veterans, relatively little is known about working-aged veterans' uptake of Department of Veterans Affairs (VA) Disability Compensation and Social Security Disability Insurance (DI). **OBJECTIVES:** This study identifies levels of veteran participation in VA disability and/or DI benefit programs, examines transitions into and out of VA and DI programs among veterans, and estimates the size and composition of the veteran population receiving VA and/or DI benefits over time. **METHODS:** Data from the 1992, 1993, 1996, 2001, 2004, and 2008 Survey of Income and Program Participation (SIPP) are used to describe VA and DI program participation among veterans under the age of 65. **RESULTS:** The majority of working-aged veterans do not receive VA or DI benefits and joint participation is low, but use of these programs has increased over time. A higher percentage of veterans receive VA compensation, which ranges from 4.9% in 1992 to 13.2% in 2008, than DI compensation, which ranges from 2.9% in 1992 to 6.7% in 2008. The rate of joint participation ranges from less than 1% in 1992 to 3.6% in 2008. Veterans experience few transitions between VA and DI programs during the 36-48 months they are observed. The number of veterans receiving benefits from VA and/or DI nearly doubled between 1992 and 2008. There have been substantial shifts in the composition of veterans using these programs, as cohorts who served prior to 1964 are replaced by those who served after 1964. **CONCLUSIONS:** The findings suggest potential gaps in veterans' access to disability programs that might be addressed through improved coordination of VA and DI benefits.

2014

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

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.

Bravo, G., Dubois, M. F., Demers, L., et al. (2014). "Does regulating private long-term care facilities lead to better care? A study from Quebec, Canada." *Int J Qual. Health Care* **26**(3): 330-336.

OBJECTIVE: In the province of Quebec, Canada, long-term residential care is provided by two types of facilities: publicly funded accredited facilities and privately owned facilities in which care is privately financed and delivered. Following evidence that private facilities were delivering inadequate care, the provincial government decided to regulate this industry. We assessed the impact of regulation on care quality by comparing quality assessments made before and after regulation. In both periods, public facilities served as a comparison group. **DESIGN:** A cross-sectional study conducted in 2010-12 that incorporates data collected in 1995-2000. **SETTINGS:** Random samples of private and public facilities from two regions of Quebec. **PARTICIPANTS:** Random samples of disabled residents aged 65 years and over. In total, 451 residents from 145 care settings assessed in 1995-2000 were compared with 329 residents from 102 care settings assessed in 2010-12. **INTERVENTION:** Regulation introduced by the province in 2005, effective February 2007. **MAIN OUTCOME MEASURE:** Quality of care measured with the QUALCARE Scale. **RESULTS:** After regulation, fewer small-size facilities were in operation in the private market. Between the two study periods, the proportion of residents with severe disabilities decreased in private facilities whereas it remained >80% in their public counterparts. Meanwhile, quality of care improved significantly in private facilities, while worsening in their public counterparts, even after controlling for confounding. **CONCLUSIONS:** The private industry now provides better care to its residents. Improvement in care quality likely results in part from the closure of small homes and change in resident case-mix

Creighton Campbell, J. et Ikegami, N. (2014). Japan's Long-Term Care Insurance Program as a Model for Middle-Income Nations. *Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development.*, Washington : World Bank Group

Japan's health expenditures are relatively low for a high-income country with generally excellent health indicators. One of the main reasons for this cost containment is the system of revising the fee schedule (shinryo houshu) every two years. The twostep approach of setting a "global" (or overall) revision rate and then fine-tuning item-by-item revisions and setting conditions of billing (seikyu youken) provides a unique model for containing costs under fee-for-service (FFS) payments. Small increases in medical services prices have been financed mainly by reducing pharmaceutical prices to reflect their volume-weighted market prices. Item-by-item revisions have prevented the full feed-through of increases in expenditures of items that have rapidly increased in volume and/or that can be delivered at lower cost by providers, maintaining an equitable balance of revenue and expenditures across types of hospitals, and have provided bonus incentives to physicians by listing new items, thereby helping to achieve policy goals. Aspects of Japan's fee schedule could serve as a model in countries or sectors within each country where the institutional capacity exists or could be developed and where services are rapidly expanding and costs must be contained.

De Jonge, K. E., Jamshed, N., Gilden, D., et al. (2014). "Effects of home-based primary care on Medicare costs in high-risk elders." *J Am Geriatr Soc* **62**(10): 1825-1831.

OBJECTIVES: To determine the effect of home-based primary care (HBPC) on Medicare costs and mortality in frail elders. **DESIGN:** Case-control concurrent study using Medicare administrative data. **SETTING:** HBPC practice in Washington, District of Columbia. **PARTICIPANTS:** HBPC cases (n = 722) and controls (n = 2,161) matched for sex, age bands,

race, Medicare buy-in status (whether Medicaid covers Part B premiums), long-term nursing home status, cognitive impairment, and frailty. Cases were eligible if enrolled in MedStar Washington Hospital Center's HBPC program during 2004 to 2008. Controls were selected from Washington, District of Columbia, and urban counties in Virginia, Maryland, and Pennsylvania. INTERVENTION: HBPC clinical service. MEASUREMENTS: Medicare costs, utilization events, mortality. RESULTS: Mean age was 83.7 for cases and 82.0 for controls ($P < .001$). A majority of both groups was female (77%) and African American (90%). During a mean 2-year follow-up, in univariate analysis, cases had lower Medicare (\$44,455 vs \$50,977, $P = .01$), hospital (\$17,805 vs \$22,096, $P = .003$), and skilled nursing facility care (\$4,821 vs \$6,098, $P = .001$) costs, and higher home health (\$6,579 vs \$4,169; $P < .001$) and hospice (\$3,144 vs. \$1,505; $P = .005$) costs. Cases had 23% fewer subspecialist visits ($P = .001$) and 105% more generalist visits ($P < .001$). In a multivariate model, cases had 17% lower Medicare costs, averaging \$8,477 less per beneficiary ($P = .003$) over 2 years of follow-up. There was no difference between cases and controls in mortality (40% vs 36%, hazard ratio = 1.06, $P = .44$) or in average time to death (16.2 vs 16.8 months, $P = .30$). CONCLUSION: HBPC reduces Medicare costs for ill elders, with similar survival outcomes in cases and controls.

Ishii, K. (2014). Système de prise en charge des personnes âgées dépendantes : une étude comparative entre la France et le Japon. Noisy-le-Grand IRES

http://www.ires.fr/images/files/EtudesAO/CFEGCG/Rapport_CFEGCG_personnes_agees_prises_en_charge_France_japon_2013.pdf

Cette étude analyse les systèmes de prise en charge à domicile des personnes âgées dépendantes au Japon et en France. En s'appuyant sur deux méthodes comparatives (comparaison institutionnelle et étude de cas-types), l'objectif est de caractériser les bases (notamment politiques) des différences entre ces deux systèmes et de mettre en exergue des similarités parfois fondamentales mais peu visibles. L'étude est constituée de trois parties. La première présente l'évolution démographique et retrace l'émergence des politiques concernant les personnes âgées dans les deux pays. La deuxième compare les principaux dispositifs d'un point de vue institutionnel à travers l'étude de quatre dimensions : le mode de financement, le critère d'accès, la nature de la prestation et l'organisation et la gestion. Finalement, une comparaison par les cas-types permet d'analyser l'impact des divers dispositifs en se plaçant du point de vue de l'utilisateur.

Karaca-Mandic, P., Choi-Yoo, S. J., Lee, J., et al. (2014). "Family out-of-pocket health care burden and children's unmet needs or delayed health care." *Acad Pediatr* **14**(1): 101-108.

[http://www.academicpedsjnl.net/article/S1876-2859\(13\)00297-0/abstract](http://www.academicpedsjnl.net/article/S1876-2859(13)00297-0/abstract)

OBJECTIVE: To assess the relationship between family members' out-of-pocket (OOP) health care spending and unmet needs or delayed health care due to cost for children with and without special health care needs (SHCN). METHODS: Data come from the Medical Expenditure Panel Survey, 2002-2009, and include 63,462 observations representing 41,748 unique children. The primary outcome was having any unmet needs/delayed care as a result of the cost of medical care, dental care, or prescription drugs. We also examined having unmet needs/delayed care due to cost for each service separately. Key explanatory variables were OOP spending on the index child and OOP spending on other family members. We estimated multivariate instrumental variable models to adjust the results for potential bias from any unobserved factors that might influence both other family OOP costs and the outcome variable. RESULTS: An increase of other family OOP costs from \$500 (50th percentile) to \$3000 (90th percentile) was associated with a higher adjusted rate of any unmet need/delayed care due to cost (1.39% to 5.62%, $P < .001$, among children without

SHCN; 3.17% to 7.87%, $P = .01$, among those with SHCN). Among children without SHCN, higher OOP costs among other family members were associated with higher levels of unmet needs or delays in medical, prescription drug, and dental care, while among children with SHCN, higher OOP costs among other family members was primarily associated with unmet or delayed dental care. CONCLUSIONS: Programs and policies that reduce the OOP costs of family members other than the child may improve the child's access to care.

Mery, G., Wodchis, W. P. et Laporte, A. (2014). The Determinants of the Propensity to Receive Publicly Funded Home Care Services for the Elderly in Canada. *Working Paper ; n°2014-14*. Toronto Canadian Centre for Health Economics.

<http://www.canadiancentrefortheconomics.ca/wp-content/uploads/2014/11/Mery-et-al2.pdf>

Increases in Home Care (HC) services for the elderly have been a policy priority in recent decades. HC services include Home Health Care (HHC) and Homemaking/Personal Support (HM). We explored the interrelationship between receipt of publicly funded HM and HHC, and the determinants of the receipt of each type of services. A household home care decision model was extended, to develop an understanding of the demand for HHC and HM services separately and to include different household arrangements. Individual panel data for those aged 65 and over were derived from 9 biannual waves of the Canadian National Population Health Survey (1994-95 to 2010-11). A Panel Two-Stage Residual Inclusion method was used to estimate the likelihood of the receipt of HC services. Receipt of publicly funded HM is complementary with receipt of publicly funded HHC services after adjusting for functional and health status. Dependence on help with activities of daily living, health status, household arrangement, and income are determinants of the propensity to receive publicly funded HHC and HM services.

Salkever, D. S., Gibbons, B., Drake, R. E., et al. (2014). "Increasing earnings of social security disability income beneficiaries with serious mental disorder." *J Ment Health Policy Econ* **17**(2): 75-90.

BACKGROUND: Persons with severe and persistent mental disorders (SPMD) have extremely low earnings levels and account for 29.1 percent of all U.S. Social Security Disability Income (SSDI) disabled worker beneficiaries under age 50. Social insurance and disability policy experts pointed to several factors that may contribute to this situation, including disincentives and obstacles in the SSDI program, as well as lack of access to evidence-based behavioral-health interventions. In response, the Social Security Administration (SSA) funded the Mental Health Treatment Study (MHTS) demonstration that included 2,238 beneficiaries of SSDI whose primary reason for disability is SPMD. The demonstration, implemented in 23 different localities, consisted of two evidence-based services (individual placement and support supported employment (IPS-SE), systematic medication management (SMM)), and provision or coverage of additional behavioral-health services (OBH). STUDY AIMS: This study focused on estimating MHTS intervention effects on earnings in the intervention period (two-years). The main outcome variable was self-reported average monthly earnings. METHODS: Subjects were randomly assigned to intervention or control groups. Data were drawn from the baseline survey, seven follow-up quarterly surveys, a final follow-up survey, and SSA administrative data. In all surveys, respondents were asked about earnings prior to the interview. Dependent variables were average past-30-days earnings reported in all follow-up surveys, similar averages for the first four follow-ups and for the last four follow-ups, fraction of surveys with prior earnings above SSA's substantial gainful activity (SGA) threshold, and final-follow-up earnings for the past 90 days. Regression analyses compared earnings of intervention vs. control group subjects. Covariates included baseline values of: (i) beneficiary demographic and social characteristics; (ii) beneficiary physical and mental health indicators;

(iii) beneficiary reciprocity history; (iv) beneficiary pre-recruitment and baseline earnings; and (v) local labor-market unemployment rates. RESULTS: Results show significant positive MHTS earnings impacts. Estimated annual increases of earnings range from USD791 (based on the 2-year average) to USD1,131 (based on the final quarter of Year 2). Effects on the fraction of quarters with earnings exceeding SGA are positive and significant but very small in magnitude. DISCUSSION: The consistent increase in earnings impacts over the study period suggests the possibility of even larger impacts with longer-term interventions. The moderate size of the intervention impacts may partly be explained by a study population that already had an average of 9 years on SSDI, and whose labor-supply decisions continued to be affected by concerns about possible loss of benefits. Limitations are that (i) earnings effects of specific intervention components cannot be estimated since all treatment subjects received the same package of services, and (ii) study results may not generalize to the majority of the beneficiary population due to selection effects in beneficiaries' participation decisions. IMPLICATIONS: Replication of the MHTS on a broader scale should show similar positive earnings impacts for a substantial number of beneficiaries with characteristics similar to the study population. Future studies should consider reducing policy barriers to labor supply of persons with SPMD. Future studies should consider longer-term interventions, or at least measuring impacts for follow-up periods greater than two years.

2013

Farag, I., Sherrington, C., Ferreira, M., et al. (2013). "A systematic review of the unit costs of allied health and community services used by older people in Australia." *BMC Health Serv Res* **13**: 69.

BACKGROUND: An economic evaluation of interventions for older people requires accurate assessment of costing and consideration of both acute and long-term services. Accurate information on the unit cost of allied health and community services is not readily available in Australia however. This systematic review therefore aims to synthesise information available in the literature on the unit costs of allied health and community services that may be utilised by an older person living in Australia. METHOD: A comprehensive search of Medline, Embase, CINAHL, Google Scholar and Google was undertaken. Specialised economic databases were also reviewed. In addition Australian Government Department websites were inspected. The search identified the cost of specified allied health services including: physiotherapy, occupational therapy, dietetics, podiatry, counselling and home nursing. The range of community services included: personal care, meals on wheels, transport costs and domestic services. Where the information was not available, direct contact with service providers was made. RESULTS: The number of eligible studies included in the qualitative synthesis was forty-nine. Calculated hourly rates for Australian allied health services were adjusted to be in equivalent currency and were as follows as follows: physiotherapy \$157.75, occupational therapy \$150.77, dietetics \$163.11, psychological services \$165.77, community nursing \$105.76 and podiatry \$129.72. CONCLUSIONS: Utilisation of the Medicare Benefits Scheduled fee as a broad indicator of the costs of services, may lead to underestimation of the real costs of services and therefore to inaccuracies in economic evaluation.

Jacobs, J. C., Lilly, M. B., Ng, C. J., et al. (2013). "The fiscal impact of informal caregiving to home care recipients in Canada: How the intensity of care influences costs and benefits to government." *Social Science & Medicine* **81**(0): 102-109.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953612008386>

The objective of this study was to estimate the annual costs and consequences of unpaid caregiving by Canadians from a government perspective. We estimated these costs both at the individual and population levels for caregivers aged 45 and older. We conducted a cost-benefit analysis where we considered the costs of unpaid caregiving to be potential losses in income tax revenues and changes in social assistance payments and the potential benefit of reduced paid care expenditures. Our costing methods were based on multivariate analyses using the 2007 General Social Survey, a cross-sectional survey of 23,404 individuals. We determined the differential probability of employment, wages, and hours worked by caregivers of varying intensity versus non-caregivers. We also used multivariate analysis to determine how receiving different intensities of unpaid care impacted both the probability of receiving paid care and the weekly hours of paid care received. At the lowest intensities of caregiving, there was a net benefit to government from caregiving, at both the individual and population levels. At the population level, the net benefit to government was estimated to be \$4.4 billion for caregivers providing less than five hours of weekly care. At the highest intensity of caregiving, there was a net cost to government of \$641 million. Our overall findings were robust to a number of changes applied in our sensitivity analysis. We found that the factor with the greatest impact on cost was the probability of labour force participation. As the biggest cost driver appears to be the higher likelihood of intense caregivers dropping out of the labour force, government policies that enable intense caregivers to balance caregiving with employment may help to mitigate these losses

Loh, C. P. et Shapiro, A. (2013). "Willingness to pay for home- and community-based services for seniors in Florida." Home Health Care Serv Q **32**(1): 17-34.

States are increasingly interested in measuring the benefit of home- and community-based services (HCBS) programs in order to determine if continued provision of HCBS can be justified on a cost-benefit basis. This study attempts to assess the maximum dollar amount HCBS enrollees or eligible applicants are willing to pay as a measure of the value of the services to them. A contingent valuation survey was conducted on a random sample of 409 clients who were enrolled in or waitlisted for HCBS programs in Florida. Based on estimates from a random-effect model, the median and mean willingness to pay amounts are calculated to be \$901 and \$933 per month per person, respectively, with considerable variation across HCBS programs. The major determinants of willingness to pay include household income and individual functional status. The sizable values for willingness to pay reported in this study suggest that HCBS programs are perceived as a valuable resource for the elderly.

Ministère de la Santé (2013). L'autonomie pour tous. Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie. Québec, M.S.S.S

Un nombre croissant de Québécoises et de Québécois vivront une perte d'autonomie au cours des années à venir. Afin d'adapter le système de santé au vieillissement de la population, le gouvernement du Québec propose la création d'une assurance autonomie et souligne la nécessité de constituer une caisse autonomie pour en assurer le fonctionnement. Ce livre vise à faire connaître la proposition afin que tous les acteurs disposent d'une lecture commune des enjeux et que chacun soit partie prenante aux décisions qui s'imposent. À court terme, le Québec doit améliorer l'accès aux soins et aux services de longue durée pour les personnes qui vivent avec des incapacités. À long terme et dans une perspective intergénérationnelle, il faut déterminer comment se profilera le partage des responsabilités dans une société présentant un vieillissement démographique accéléré (tiré de l'intro).

Torjman, S. (2013). Financing Long-Term Care: More Money in the Mix. Ottawa Caledon Institute of Social Policy.

<http://www.caledoninst.org/Publications/PDF/1006ENG.pdf>

This paper argues that new financing is required over and above existing sources of revenue to support home care and long-term care now and in future. A robust system of home care and long-term care will necessarily involve improvements to and efficiencies within the existing health care system. But innovations to the acute care side of the equation will resolve only part of the financing challenge for long-term care. The community components of health care need more money if they are to meet current and future demands ? in both quality and quantity of service. The financing options proposed in this paper include public insurance, individual savings accounts and new fiscal arrangements, such as tax-assisted incentives or special loan arrangements. All the proposals require further study in order to determine their cost implications and administrative feasibility. The purpose of putting forward these options is to contribute to the financing conversation, which itself is in desperate need of enrichment.

2012

Ergas, H. (2012). "Funding and Providing Aged Care: Lessons from the Last Decade." Australian Economic Review **45**(3): 362-367.

<http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/%28ISSN%291467-8462/issues>

This article examines the future funding of aged care in the context of the Intergenerational Report. Noting the predicted substantial increases in aged-care costs, it argues that the current funding of aged care, which imposes high and likely rising co-contributions on care recipients, should be replaced with comprehensive aged-care insurance. It also recommends improving the transparency of the Intergenerational Report and the sophistication of its sensitivity testing.

Frank, R. G. (2012). "Long-Term Care Financing in the United States: Sources and Institutions." Applied Economic Perspectives and Policy **34**(2): 333-345.

<https://academic.oup.com/aep>

This paper reviews the financing of long-term services and supports (LTSS) in the United States. I characterize existing payment arrangements as incomplete insurance. The paper organizes existing literature on U.S. financing of LTSS and uses it to analyze the economic, policy and behavioral forces that underpin the observed equilibrium. I assess several sources of market failure and consider policy directions that are viable within the U.S. political environment.

Grignon, M. et Bernier, N. F. (2012). Financing Long-Term Care in Canada. Montréal Institute for Research on Public Policy: 32.

http://www.irpp.org/pubs/IRPPstudy/IRPP_Study_no33.pdf

Cette étude examine les modèles de financement qui pourraient assurer de façon équitable et efficace la couverture universelle des soins de longue durée, de même que le rôle des gouvernements en la matière. Appuyant sur une revue des études économiques et empiriques basées sur l'expérience d'autres pays, elle analyse les avantages et les inconvénients des options actuelles de financement des soins : l'épargne des particuliers,

l'assurance privée et l'assurance publique universelle.

Matsuura, T. et Sasaki, M. (2012). Can the Health Insurance Reforms stop an increase in medical costs of middle- and old-aged persons in Japan? *Int J Health Care Finance Econ.* **12**(2):163-87

Using two-period panel data from the Nippon Life Insurance Research Institute, this paper tests the hypothesis that an increase in the self-pay ratio of medical expenditures associated with the Japanese health insurance reforms of April 2003 reduced individual medical costs. We find that the increase in the self-pay ratio of medical expenditures has a trivial effect on household medical expenses, implying that a decrease in the quantity demanded for medical services offsets the increase in medical costs. However, according to quantile regression estimates, an increase in the self-pay ratio of medical expenditures has a significantly positive effect on the share of medical costs for relatively high quantile values. This provides corroborating evidence that an increase in the self-pay ratio cannot cut the demand for medical services relatively more for those bearing a higher share of medical costs in household expenditure. An additional finding is that medical services are a necessity good, particularly for those with a relatively high share of medical costs in household expenditure

Stabile, M. et Allin, S. (2012). "The economic costs of childhood disability." *Future Child* **22**(1): 65-96.

Childhood disabilities entail a range of immediate and long-term economic costs that have important implications for the well-being of the child, the family, and society but that are difficult to measure. In an extensive research review, Mark Stabile and Sara Allin examine evidence about three kinds of costs—direct, out-of-pocket costs incurred as a result of the child's disability; indirect costs incurred by the family as it decides how best to cope with the disability; and long-term costs associated with the child's future economic performance. Not surprisingly, the evidence points to high direct costs for families with children with disabilities, though estimates vary considerably within these families. Out-of-pocket expenditures, particularly those for medical costs, for example, are higher among families with children with a special health care need. An important indirect cost for these families involves decisions about employment. Stabile and Allin examine several studies that, taken together, show that having a child with disabilities increases the likelihood that the mother (and less often the father) will either curtail hours of work or stop working altogether. Researchers also find that having a child with disabilities can affect a mother's own health and put substantial strains on the parents' relationship. In the longer term, disabilities also compromise a child's schooling and capacity to get and keep gainful employment as an adult, according to the studies Stabile and Allin review. Negative effects on future well-being appear to be much greater, on average, for children with mental health problems than for those with physical disabilities. Stabile and Allin calculate that the direct costs to families, indirect costs through reduced family labor supply, direct costs to disabled children as they age into the labor force, and the costs of safety net programs for children with disabilities average \$30,500 a year per family with a disabled child. They note that the cost estimates on which they base their calculation vary widely depending on the methodology, jurisdiction, and data used. Because their calculations do not include all costs, notably medical costs covered through health insurance, they represent a lower bound. On that basis, Stabile and Allin argue that many expensive interventions to prevent and reduce childhood disability might well be justified by a cost-benefit calculation.

2011

Brown, J. et Finkelstein, A. (2011). Insuring Long Term Care In the US. *NBER Working Paper Series ; n° 17451*. Cambridge NBER

Pôle documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-soutien-a-domicile-des-personnes-handicapees-et-dependantes.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-soutien-a-domicile-des-personnes-handicapees-et-dependantes.epub

<http://www.nber.org/papers/w17451>

Long-term care expenditures constitute one of the largest uninsured financial risks facing the elderly in the United States. This paper provides an overview of the economic and policy issues surrounding insuring long-term care expenditure risk. Through this lens we also discuss the likely impact of recent long-term care public policy initiatives at both the state and federal level.

Brown, J. R. et Finkelstein, A. (2011). "Insuring Long-Term Care in the United States." Journal of Economic Perspectives 25(4): 119-142.

Long-term care expenditures constitute one of the largest uninsured financial risks facing the elderly in the United States and thus play a central role in determining the retirement security of elderly Americans. In this essay, we begin by providing some background on the nature and extent of long-term care expenditures and insurance against those expenditures, emphasizing in particular the large and variable nature of the expenditures and the extreme paucity of private insurance coverage. We then provide some detail on the nature of the private long-term care insurance market and the available evidence on the reasons for its small size, including private market imperfections and factors that limit the demand for such insurance. We highlight how the availability of public long-term care insurance through Medicaid is an important factor suppressing the market for private long-term care insurance. In the final section, we describe and discuss recent long-term care insurance public policy initiatives at both the state and federal level

Donder, P. d. et Pestiau, P. (2011). Private, social and self insurance for long term care: a political economy analysis. Toulouse IDEI

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:ide:wpaper:25821&r=hea>

We analyze the determinants of the demand for social, private and self-insurance for long-term care in an environment where agents differ in income, probability of becoming dependent and of receiving family help. Uniform social benefits are financed with a proportional income tax and are thus redistributive, while private insurance is actuarially fair. We obtain a rich pattern of insights, depending on whether private insurance is available or not, on its loading factor, and on the correlation between, on the one hand, income and risk, and, on the other hand, income and family help. Although the availability of private insurance decreases the demand for social insurance, it only affects a minority of agents so that the majority-chosen social insurance level remains unaffected. Family support crowds out the demand for both private and social insurance, and may even suppress any demand for private insurance. Family help crowds out self-insurance only for agents whose demand for both social and private insurance is nil. A general increase in the probability of becoming dependent need not increase the demand for social insurance, since it decreases its return.

Ergas, H. et Paolucci, F. (2011). "Providing and financing aged care in Australia." Risk Manag Healthc Policy 4: 67-80.

This article focuses on the provision and financing of aged care in Australia. Demand for aged care will increase substantially as a result of population aging, with the number of Australians aged 85 and over projected to increase from 400,000 in 2010 to over 1.8 million in 2051. Meeting this demand will greatly strain the current system, and makes it important to exploit opportunities for increased efficiency. A move to greater beneficiary co-payments is also likely, though its extent may depend on whether aged care insurance and other forms of pre-

payment can develop.

Goda, G. S., Shoven, J. B. et Slavov, S. N. (2011). Does Widowhood Explain Gender Differences in Out-of-Pocket Medical Spending Among the Elderly?, Cambridge : NBER

<http://www.nber.org/papers/w17440>

Despite the presence of Medicare, out-of-pocket medical spending is a large expenditure risk facing the elderly. While women live longer than men, elderly women incur higher out-of-pocket medical spending than men at each age. In this paper, we examine whether differences in marital status and living arrangements can explain this difference. We find that out-of-pocket medical spending is approximately 29 percent higher when an individual becomes widowed, a large portion of which is spending on nursing homes. Our results suggest a substantial role of living arrangements in out-of-pocket medical spending; however, our estimates combined with differences in rates of widowhood across gender suggest that marital status can explain only one third of the gender difference in total out-of-pocket medical spending, leaving a large portion unexplained. On the other hand, gender differences in widowhood more than explain the observed gender difference in out-of-pocket spending on nursing homes

Hebert, R. (2011). "Public long-term care insurance: a way to ensure sustainable continuity of care for frail older people." Healthc Pap **11**(1): 69-75; discussion 86-91.

A necessary component of the prescribed continuing care act should be the creation of a long-term care insurance program in Canada. This social innovation has been implemented in many countries in recent decades to address the aging of the population and associated pandemic of chronic diseases. A specific autonomy insurance fund would have to be created and funded through transfers of current funding for long-term care, tax credits for disabled individuals and substantial new investment to make the shift from institutional to home care. Following a standardized assessment by case managers, an autonomy support benefit would be determined to fund "in kind" public or private services or a "cash-for-care" allowance for older people to purchase services. Case managers would be responsible for coordinating the care, controlling the quality of services and reassessing needs according to changes in individuals' conditions. Funding reform of long-term care would prioritize home care and optimize the functioning of integrated care to improve support for frail older people.

Konetzka, R. T. et Luo, Y. (2011). "Explaining Lapse in Long-Term Care Insurance Markets." Health Economics **20**(10): 1169-1183.

Expansion of private long-term care insurance (LTCI) is often posited as a potential mechanism to finance long-term care (LTC) for a growing elderly population in the US. One largely ignored issue is lapse or cancellation of policies. Individuals who let a LTCI policy lapse face resumed risk of LTC expenditures while suffering the financial loss of premiums paid. The motivation for lapse has been poorly understood, though some have hypothesized that improvements in health risk may be responsible. We use 1996-2006 Health and Retirement Study data from 3,974 respondents who report having private LTCI to estimate baseline and dynamic predictors of lapse and test for ex post adverse selection. Individuals who lapse are generally poorer, less educated, less healthy, and more likely to be racial and ethnic minorities than those who retain their policies. Changes in health status play a relatively small role in lapse, and we find little evidence for adverse selection associated with lapse. We conclude that lapse of LTCI is more an issue of finances and alternatives than a reassessment of health risk. Because lapse rates are highest among the least healthy individuals, lapse

should be considered explicitly in efforts to expand the LTCI market

Li, Y. et Jensen, G. A. (2011). "The impact of private long-term care insurance on the use of long-term care." *Inquiry* **48**(1): 34-50.

This paper investigates the effects of privately purchased long-term care insurance (LTCI) on three major types of long-term care services: nursing home care, paid home care, and informal care received from Family and friends. Using 2002-2008 data from the ongoing Health and Retirement Study, we analyze the determinants of long-term care utilization simultaneously with the determinants of holding LTCI. We find that LTCI has modest effects on the likelihood of using long-term care services. For the very frail elderly, private LTCI enhances their access to nursing home care. For those with moderate disability, LTCI makes it more likely that they can remain at home and receive home care services, instead of going to a nursing home. We find no evidence that formal care substitutes for informal care in the presence of LTCI. These findings suggest that if LTCI becomes much more prevalent in the future, many older adults will be able to choose the type of long-term care arrangement that best suits their needs

Miller, E. A. (2011). "Flying beneath the radar of health reform: the community living assistance services and supports (CLASS) act." *Gerontologist* **51**(2): 145-155.

The Patient Protection and Affordable Care Act attempts to address prevailing deficiencies in long-term care (LTC) financing through the Community Living Assistance Services and Supports (CLASS) Act, a national voluntary LTC insurance program administered by the Federal government. The CLASS Act is intended to supplement rather than supplant assistance received from other payers. Furthermore, its reliance on a cash benefit allocated by beneficiaries with the assistance of counseling services makes it consistent with the consumer-directed philosophy increasingly favored by the LTC advocacy community. Largely due to inadequate take-up, however, particularly among better than average risks, it is unlikely that implementation of the CLASS Act will fundamentally alter the current public-private partnership for LTC financing. Instead, voluntary enrollment combined with a lack of medical underwriting could lead to disproportionate numbers of high-cost enrollees. This could result in premium increases that further discourage participation on the part of the broader population. Barring making the program mandatory, there are a number of comparatively minor changes policymakers could make to strengthen the risk pool, though doing so will involve a trade-off between attracting better-off risks while eschewing those likely to need the benefit most. Thus, although the CLASS Act may provide a meaningful benefit for those who enroll, its impact on improving the affordability of LTC for most Americans will likely be limited. Most will continue to rely on substantial unpaid care, out-of-pocket payments when formal care is required, and Medicaid when all other money has run out

Orsini, M. (2011). "Paying for long-term in-home care." *Caring*. **30**(8): 42-44.

Suda, Y. et Guo, B. (2011). "Dynamics between Nonprofit and For-Profit Providers Operating under the Long-Term Care Insurance System in Japan." *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly* **40**(1): 79-106.

By studying two municipalities in Tokyo that have different environmental conditions in terms of resource allocations, this article examines whether the relationship between for-profit and nonprofit organizations providing long-term care has changed since the

introduction of the Long-Term Care Insurance (LTCI) system in Japan. LTCI allocates most resources based on process control, and thus access to resources is easier by conforming to regulations and standards. Findings indicate that for-profit providers behave like nonprofit providers in such an environment. However, when commercialized services are provided besides legally defined LTCI services, outcome control comes into effect in addition to process control. This study finds that the differences between for-profit and nonprofit providers are maintained in this type of environment. Theoretical as well as policy and management implications are discussed, and this article concludes with the directions for future research

Tamiya, N., Naguchi, H., Nischi, A., et al. (2011). "Population ageing and wellbeing: lessons from Japan's long-term care insurance policy." The Lancet(378): 183–192.

Japan's population is ageing rapidly because of long life expectancy and a low birth rate, while traditional supports for elderly people are eroding. In response, the Japanese Government initiated mandatory public long-term care insurance (LTCI) in 2000, to help older people to lead more independent lives and to relieve the burdens of family carers. LTCI operates on social insurance principles, with benefits provided irrespective of income or family situation; it is unusually generous in terms of both coverage and benefits. Only services are provided, not cash allowances, and recipients can choose their services and providers. Analysis of national survey data before and after the programme started shows increased use of formal care at lower cost to households, with mixed results for the wellbeing of carers. Challenges to the success of the system include dissatisfaction with home-based care, provision of necessary support for family carers, and fiscal sustainability. Japan's strategy for long-term care could offer lessons for other nations.

Wallace, J. (2011). "Assistive technology funding in the United States." NeuroRehabilitation **28**(3): 295-302.

The funding of assistive technology (AT) in the United States falls within a complex web of traditional and non-traditional funding sources that often create challenging barriers for individuals with disabilities. This article outlines the founding policies that drive the federal and state funding of AT across insurance, education, rehabilitation sectors and beyond. A presentation of specific medical and non-medical funding options is discussed addressing eligibility, types of AT covered and general program characteristics. I conclude with recommendations for the pursuit of AT funding in light of these policies and options.

2010

Davidoff, T. (2010). "Home Equity Commitment and Long-Term Care Insurance Demand." Journal of Public Economics **94**(1-2): 44-49.

This paper shows how home equity may substitute for long-term care insurance (LTCI). The elderly commonly hold substantial wealth in the form of home equity that is rarely spent before death, except for after moves to long-term care facilities. Absent strong bequest motives implies that marginal utility fluctuates less across health states than one would predict based on a standard model without wealth tied up in housing. Numerical examples show that this "asset commitment" may substantially weaken LTCI demand

Doty, P., Cohen, M. A., Miller, J., et al. (2010). "Private long-term care insurance: value to claimants

Pôle documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

Page 204 sur 365

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-soutien-a-domicile-des-personnes-handicapees-et-dependantes.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-soutien-a-domicile-des-personnes-handicapees-et-dependantes.epub

and implications for long-term care financing." *Gerontologist* **50**(5): 613-622.

PURPOSE: The purpose of this study was to obtain a profile of individuals with private long-term care (LTC) insurance as they begin using paid LTC services and track their patterns of service use, satisfaction with services and insurance, claims denial rates, and transitions over a 28-month period. **DESIGN AND METHODS:** Ten LTC insurance companies contributed a random sample of 1,474 qualified individuals who were interviewed in-person by a trained nurse and then interviewed telephonically every 4 month for a 28-month period. Used in the analysis were descriptive statistics and techniques for analyzing longitudinal panel data. **RESULTS:** About 96% of those filing claims were approved for payment. At baseline, 37% received home care, 23% assisted living care, 14% were in a nursing home, and 26% had not yet begun using paid care. Few claimants reported that their policies restricted their choice of providers and most care costs were covered. The average number of care transitions was 1, typically occurring within 4 month of baseline. The less impaired and those in home care settings were most likely to transition between service settings. **IMPLICATIONS:** Having private LTC coverage enabled claimants to exercise their preference for alternatives to nursing home care

Fernandes, N. et Spencer, B. G. (2010). *The Private Cost of Long-Term Care in Canada: Where You Live Matters*, Hamilton : McMaster University
<http://socserv.mcmaster.ca/qsep/p/qsep443.pdf>

Canadians expect the same access to health care whether they are rich or poor, and wherever they live, often without direct charge at the point of service. However, we find that the private cost of long-term care differs greatly across the country, and within provinces, we find substantial variation, depending on income level, marital status, and, in Quebec alone, on assets owned. A non-married person with average income would pay more than twice as much in the Atlantic provinces as in Quebec, while a couple with one in care would pay almost four times as much in Newfoundland as in Alberta

Glickman, H. (2010). *Long-Term Care Financing Reform: Lessons from the U.S. and Abroad*. New York : The Commonwealth Fund
<https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2010/feb/long-term-care-financing-reform-lessons-us-and-abroad>

As part of health care reform, Congress is considering the Community Living Assistance Services and Supports (CLASS) Act. The measure would mark the most significant change since 1965 in the way the U.S. finances long-term care, the personal assistance delivered both at home and in nursing facilities to the frail elderly and other adults with disabilities. As policymakers consider the CLASS Act, they may be able to learn from past experiments in the U.S. as well as from the experiences of other major industrialized countries, most of which have migrated to universal, government-run financing systems. Although those models vary markedly in their specifics, they appear to be both broadly popular and somewhat more costly than expected. By contrast, the CLASS Act is a voluntary system that attempts to meld public insurance with private long-term care coverage and Medicaid

Iwasaki, M., McCurry, S. M., Boron, S., et al. (2010). "The future of financing for long-term care: the Own Your Future campaign." *J Aging Soc Policy* **22**(4): 379-393.

The purpose of this study was to examine the outreach effort and impact of a joint federal-state campaign, Own Your Future, promoting awareness and planning for long-term care

(LTC) in the state of Washington. The study applied survey methodology to evaluate the extent of campaign dissemination, evidence of its impact on LTC planning behaviors, and barriers to purchasing private LTC insurance. A total of 3,198 survey responses from a randomly selected community sample and a Washington State employee sample (ages 51 to 71) were analyzed. Results indicated that the impact of the campaign was limited, both with respect to awareness of the campaign itself and to initiation of LTC planning behaviors. Quantitative data revealed a high prevalence of health-related problems (e.g., obesity, diabetes), inadequate knowledge of basic LTC-related information (e.g., cost, payers), and negative attitudes toward purchasing LTC insurance among respondents. Qualitative analyses suggested that respondents perceived significant problems related to affordability and accountability within the current LTC insurance industry. These possible barriers to the purchase of LTC insurance suggest targets to be addressed by policy makers seeking to find ways to offset the public costs of LTC

Kawabuchi, K. (2010). "Current status and issues of medical care and the long-term care insurance system for the old-old elderly in Japan." *Jpn.Hosp.*(29): 53-58.

Kim, G. (2010). Medicaid Crowd-Out of Long-Term Care Insurance with Endogenous Medicaid Enrollment, University of Pennsylvania. **Ph.D.**

With states facing tightening Medicaid budgets, the high cost of financing long-term care for the elderly through Medicaid has prompted proposals to make private long-term care insurance (LTCI) more affordable through tax incentives. The effectiveness of tax incentives for stimulating LTCI demand depends in part on the availability of Medicaid, since it is considered a substitute for LTCI. This paper examines the impact of tax subsidies and Medicaid financing on the demand for LTCI by developing and estimating a stochastic dynamic model of the decision to purchase private long-term care insurance. A key contribution of this paper is that the model also incorporates and accounts for endogenous decisions on Medicaid enrollment, nursing home use, and asset holdings, which reduces the estimate of the Medicaid crowd-out effect on LTCI demand. State-specific Medicaid enrollment criteria are explicitly accounted for in modeling the Medicaid enrollment decision. The parameters of the model are estimated using individual level data from the Health and Retirement Study for the years 1998 to 2002 by simulated maximum likelihood. Using the estimated parameters, counterfactual policy experiments are performed to investigate the effects of tax policy and Medicaid on LTCI demand. The main finding is that both effects are small. The estimated price elasticity of the LTCI demand is -0.08, implying that tax subsidies are expected to have only a limited effect in reducing the number of uninsured. Eliminating the Medicaid program increases LTCI holding by only 5.3%, implying that the demand for LTCI would remain small even without Medicaid

Konetzka, R. T. et Werner, R. M. (2010). "Applying market-based reforms to long-term care." *Health Aff.(Millwood.)* 29(1): 74-80.

Recent trends in U.S. long-term care policy reflect three broad goals Americans have for the quality of long-term care: improving quality of life, reducing fragmentation of delivery and financing, and increasing use of home and community-based care. At the same time, market-based reforms--namely, public reporting and pay-for-performance--have taken on their own momentum, aimed at improving the clinical quality of care among nursing home and home health care providers. The focus of reporting systems should be broadened to include quality of life in addition to clinical quality and to make measures less dependent on the setting in which care is delivered

Lehning, A. J. et Austin, M. J. (2010). "Long-term care in the United States: policy themes and promising practices." *J Gerontol.Soc Work* **53**(1): 43-63.

This analysis provides an overview of the major policy themes and promising practices emerging in recent years as policymakers and researchers struggle to design a long-term care system that meets the needs of an aging population. Themes that have dominated the long-term care policy debates include: recruiting and retaining a qualified long-term care workforce; devising financing mechanisms for those requiring long-term care; and moving away from an institutional-based long-term care system towards more home- and community-based services. Three promising practices that have emerged in the past few decades include: the culture change movement; service integration that combines medical and social care; and various forms of community residential care that bring together housing and services in a more home-like environment. It concludes with long-term care recommendations for policymakers

Miller, E. A., Mor, V. et Clark, M. (2010). "Reforming long-term care in the United States: findings from a national survey of specialists." *Gerontologist* **50**(2): 238-252.

PURPOSE: Theories of the policy process recognize that policy proposals are typically generated, debated, redrafted, and accepted for consideration through the gradual accumulation of knowledge within communities of specialists. Thus, to inform long-term care (LTC) reform efforts, we conducted a Web-based survey of 1,147 LTC specialists nationwide. **DESIGN AND METHODS:** Survey respondents included consumer advocates, provider representatives, public officials, policy experts, and others with experience in LTC. Administration took place between September 2007 and March 2008 and addressed prevailing challenges and options for reform. **RESULTS:** Although differences could be discerned, constituency group views converged in several areas. There was general agreement that LTC financing needed to be socialized more and that impediments to organizational change needed to be overcome. Respondents also felt that LTC needed to be rebalanced toward home- and community-based settings, though few supported doing so by limiting nursing home (NH) bed supply. Although virtually all felt that the federal government was doing a poor job regulating LTC providers, most believed that the approaches used to oversee NHs should also be applied to assisted living. Payment incentives were highlighted as the most effective strategy for improving quality even though it suffers from the same informational deficits compromising consumer reporting. **IMPLICATIONS:** By giving voice to those who know LTC very well, and identifying areas of agreement and disagreement, this study should prove useful in promoting LTC reform where it might otherwise remain politically intransigent

Miller, E. A., Mor, V. et Clark, M. (2010). "Weighing public and private options for reforming long-term care financing: findings from a national survey of specialists." *Med Care Res.Rev.* **67**(4 Suppl): 16S-37S.

Deficiencies in current long-term care (LTC) financing models are substantial and must be addressed if the nation is going to meet the needs of the growing population of frail and disabled elders. Because debate over reforming LTC financing has traditionally focused on the relative roles of the public and private sectors, this article examines what characteristics predispose LTC specialists to weigh one approach--public or private--more than the other. Data are derived from a Web-based survey of 1,147 individuals with known or demonstrable experience with LTC, including consumer advocates, provider representatives, policy experts,

and public officials. Results suggest that support for spurring private sector mechanisms, bolstering the government's role, and reforming Medicare and Medicaid vary with key characteristics of the respondents, including experiential, attitudinal, and background variables. Findings also suggest consensus that reform of LTC financing should improve on the current public-private partnership in this area

Rajnes, D. (2010). "Permanent disability social insurance programs in Japan." *Social Security Bulletin* **70**(1).

<https://www.ssa.gov/policy/docs/ssb/v70n1/v70n1p61.html>

Simon, G. A. (2010). "Can long-term care insurance be fixed?" *J Health Care Finance* **37**(1): 51-77.

Long-term care insurance has not sold well in the United States. The issues are cost, complex financial problems, uncertainty about inflation, and concerns about the future of health care in general. The heart of the problem may well be that this insurance does not cover the relevant risk, and a solution is suggested in Section 6 of this article

Stevenson, D. G., Cohen, M. A., Tell, E. J., et al. (2010). "The complementarity of public and private long-term care coverage." *Health Aff.(Millwood.)* **29**(1): 96-101.

Discussions about long-term care financing often get mired in the false dichotomy that long-term care should be primarily either a public or a private responsibility. Our starting premise is that public and private long-term care coverage can best serve complementary roles. Therefore, public policy should focus on supporting both mechanisms to achieve efficient and equitable outcomes. The current state of the private long-term care insurance market, and the possible reasons for its modest size, provide a starting point for exploring how public policy might interface more productively with it, in the context of both existing and potential programs, such as the proposed Community Living Assistance Services and Supports (CLASS) Act.

Yoshioka, Y., Tamiya, N., Kashiwagi, M., et al. (2010). "Comparison of public and private care management agencies under public long-term care insurance in Japan: a cross-sectional study." *Geriatr.Gerontol.Int.* **10**(1): 48-55.

Long Term Care Insurance (LTCI), which started in April 2000, allowed private business corporations to provide long-term care services which had been provided by social welfare corporations or public agencies in the previous long-term care scheme. This study compared differences in care management plans for community-dwelling frail elderly people between public care management agencies and private care management agencies. METHODS: The subjects were 309 community-dwelling frail elderly people living in a suburban city with a population of approximately 55,000 and who had been using community-based long-term care services of the LTCI for 6 months from April 2000. The characteristics of the care management agencies (public/private) were identified using a claims database. After comparing profiles of users and their care mix between those managed by public agencies and by private agencies, the effect of the characteristics of care management agencies on LTCI service use was examined. RESULTS: Public care management agencies favored younger subjects ($P = 0.003$), male subjects ($P = 0.006$) and people with a higher need for care ($P = 0.02$) than private agencies. The number of service items used was significantly larger in public agencies than in their private counterparts. In multivariate regression analysis, the utilization of community-based long-term care service was significantly greater among beneficiaries managed by private agencies than those managed by public agencies ($P = 0.02$).

CONCLUSION: Private care management agencies play an important role in promoting the use of care services, but their quality of care plans might be questionable

Économie du travail

2019

El Komri, M. (2019). Plan de mobilisation nationale en faveur des métiers du grand âge 2020-2024. Paris Ministère chargé de la santé

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_el_khomri_-_plan_metiers_du_grand_age.pdf

Après quatre mois de travail, et de concertation avec les différents acteurs du secteur, ce rapport sur les aides à domicile réalisé par la mission El Kohmri pointe les dysfonctionnements d'une situation qui perdure depuis de nombreuses années. Il propose cinq axes de travail et émet 59 mesures pour dresser une feuille de route pluri-annuelle.

Kondo, A. (2019). Impact of Increased Long-Term Care Insurance Payments on Employment and Wages in Formal Long-Term Care. *IZA Discussion Paper ; 12383*. Tokyo University of Tokyo

<http://ftp.iza.org/dp12383.pdf>

This paper examines the effect of raising Long-term Care Insurance (LTCI) payments on employment and wages of workers in the long-term care (LTC) industry. Specifically, I use the change in the regional premium in 2012 as an exogenous shock to the insurance fee schedule: the change in the unit price of LTCI service ranges from a decrease of 2.8% to an increase of 4.2%. I find no increase in the number of employees in the establishments, registered under the LTCI scheme, in municipalities where the regional premium increased. The earnings and working hours of LTC workers did not increase, either.

Petiau, A. et Rist, B. (2019). "Dilemmes moraux et conflictualités autour des frontières du care entre aidé·e·s et aidant·e·s rémunéré·e·s." *Revue Française Des Affaires Sociales*(1): 133-157.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2019-1-page-133.htm>

Nous nous intéressons, dans cet article, aux dilemmes moraux que rencontrent les aidant·e·s rémunéré·e·s au cours de l'assistance et des soins qu'ils délivrent aux membres de leur entourage. Nous abordons l'aide comme une activité qui s'apparente au care et qui, à ce titre, relève à la fois du travail et des relations d'intimité. Au sein de ces deux sphères, le travail d'aide entre proches inclut un double rapport d'autorité : hiérarchique dans la relation d'emploi, domestique dans la relation familiale. Du fait de ce double registre, mais aussi de la variabilité des normes dans chacun d'entre eux, les aidant·e·s rémunéré·e·s sont confronté·e·s à l'incertitude dans leur négociation des frontières d'un travail de care acceptable de leur point de vue. Dans ce contexte de flou normatif, les limites et contours du travail d'aide font l'objet de protestations plus ou moins assumées vis-à-vis des institutions et les arbitrages entre aidé·e·s et aidant·e·s prennent la forme de conflits plus ou moins francs, de conduites de retrait et de microrésistances dans l'activité effectuée au quotidien.

Touahria-Gaillard, A. et Trenta, A. (2019). "La rémunération des aidants profanes dans les politiques du handicap et du vieillissement : entre enrôlement et libre choix des proches de personnes dépendantes." *Revue Française Des Affaires Sociales*(1): 199-215.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2019-1-page-199.htm>

En France, les politiques du handicap et du vieillissement ont contribué à la reconnaissance du rôle des aidants profanes dans la prise en charge des personnes dépendantes et à

l'émergence d'un référentiel d'action publique de l'aide. La constitution de ce référentiel a généré des coalitions entre des acteurs publics et associatifs, mais aussi des oppositions notamment concernant la rémunération des proches. L'article se propose de cartographier les discours et les positions qui structurent ce débat sur la rémunération des aidants profanes. Les résultats montrent que les principales critiques de la rémunération sont formulées au niveau national et sur un registre moral, tandis que l'on observe des formes d'acceptation plus pragmatiques à l'échelle locale. L'insuffisance de l'offre institutionnelle et de la compensation financière contraignent les proches à s'impliquer dans l'aide et conduisent les travailleurs sociaux à utiliser les dispositifs de rémunération pour pallier des situations de précarité généralisée. L'analyse repose sur l'étude des débats publics et la réalisation de soixante entretiens auprès des principaux acteurs du domaine inscrits au niveau national et départemental.

2018

Geyer, J. et Korfhage, T. (2018). "Labor Supply Effects of Long-Term Care Reform in Germany." *Health Economics* **27**(9): 1328-1339.

Many informal caregivers are of working age, facing the double burden of providing care and working. Negative labor supply effects can severely reduce the comparative cost advantage of informal over formal care arrangements. When designing long-term care (LTC) policies, it is crucial to understand the effects not only on health outcomes but also on labor supply behavior of informal caregivers. We evaluate labor supply reactions to the introduction of the German long-term care insurance in 1995 using a difference-in-differences approach. The long-term care insurance changes the caregivers' trade-off between labor supply and care provision. The aim of the reform was to strengthen informal care arrangements. We find a strong negative labor supply effect for men but not for women. We argue that the LTC benefits increased incentives for older men to leave the labor market. The results reveal a trade-off for policy makers that is important for future reforms--in particular for countries that mainly base their LTC system on informal care.

2017

Devetter, F.-X., Dussuet, A. et Puissant, E. (2017). "Pourquoi les aides à domicile sont-elles davantage rémunérées dans certains départements ?" *Revue d'Économie Régionale & Urbaine* **Février**(2): 239-270.

<https://www.cairn.info/revue-d-economie-regionale-et-urbaine-2017-2-page-239.htm>

Depuis vingt ans, la politique de prise en charge des personnes âgées a largement privilégié l'aide à domicile. Les politiques publiques ont cherché à la fois à solvabiliser la demande et à structurer l'offre de service. Relevant d'une politique nationale mise en œuvre par les conseils départementaux, le secteur s'est cependant développé de manière hétérogène selon les territoires. Cet article vise dans un premier temps, en s'appuyant sur les données Dads, à décrire cette diversité en soulignant les impacts en matière de structuration et de rémunération. Dans un second temps il cherche à mieux comprendre les mécanismes qui conduisent à des écarts si importants en soulignant le rôle des différents types d'employeurs et des politiques départementales.

Dussuet, A., Nirello, L., Puissant, E., et al. (2017). "De la restriction des budgets des politiques sociales
Pôle documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

Page 211 sur 365

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-soutien-a-domicile-des-personnes-handicapees-et-dependantes.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-soutien-a-domicile-des-personnes-handicapees-et-dependantes.epub

à la dégradation des conditions de travail dans le secteur médico-social." *Revue De L'ires*(91-92): 185-211.

<http://www.ires-fr.org/publications-de-l-ires/itemlist/category/287-n-91-92>

Les politiques publiques gérontologiques se sont succédé depuis les années 1980, oscillant entre politiques sociales et médico-sociales, et politiques de l'emploi. Depuis deux décennies, mais avec une nette accélération depuis les années 2000, ces politiques publiques, intervenant aussi bien dans le champ de l'hébergement que dans celui du domicile, se caractérisent par un changement de référentiel : le référentiel industriel de ces secteurs tertiaires, qui se caractérise par « une recherche d'une standardisation poussée des procédés » (Gadrey, 1994:118), est désormais affiché au niveau politique national. Il s'accompagne d'une rationalisation importante de l'organisation des services et du travail, aussi bien dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) que dans les organisations d'aide à domicile ; la rationalisation étant perçue par les autorités locales de tarification comme un moyen de « maîtriser » les dépenses publiques. L'article s'attache à analyser les répercussions de cette rationalisation sur les conditions de travail des salariées qui se dégradent (résumé de l'éditeur).

Ikeda, S. (2017). "Family Care Leave and Job Quitting Due to Caregiving: Focus on the Need for Long-Term Leave." *Japan Labor Review* **14**(1): 25-44.

While Japanese law provides for a system of Family Care Leave (long-term leave designed to support workers responsible for the long-term care of family members), the take-up rate of the leave remains at a low level. This paper analyzes whether workers tend to quit their jobs because of the need to take consecutive leave, as envisioned by the Family Care Leave system, or whether there is another reason for this tendency. It also examines issues concerning support for continued employment designed to match the actual circumstances of workers engaged in long-term care for family members. Analysis of data on workers who are in employment at the start of long-term care reveals that (1) there is a positive correlation between a greater need to take Family Care Leave and a lower rate of continuous employment in the same company from the beginning to the end of the caregiving period, (2) long-term care services are used to alleviate the need for long-term leave while such need is greater when caring for a parent than when caring for a spouse's parent, (3) regardless of the need for long-term leave, workers who work six hours or less per day are more likely to remain continuously employed in the same company than those who work more than eight hours per day, and (4) there is a correlation between lower rates of continuous employment in the same company and the provision of long-term care with no assistance from other family members, as well as severe dementia afflicting the care recipient, regardless of the need for long term leave. These findings indicate that, to enable caregivers to remain in employment, it is essential not only to manage the Family Care Leave system effectively but also to offer a full range of other forms of support, such as reduced working hours and social support for workers who provide dementia care.

Pickard, L., Brimblecombe, N., King, D., et al. (2017). "Replacement Care' for working carers? A longitudinal study in England." *Social Policy & Administration*(Ahead of print)
<http://d.repec.org/n?u=RePEc:ehl:lserod:84071&r=age>

In the context of rising need for long-term care, reconciling unpaid care and carers' employment is becoming an important social issue. In England, there is increasing policy emphasis on paid services for the person cared for, sometimes known as 'replacement care', to support working carers. Previous research has found an association between 'replacement

care' and carers' employment. However, more information is needed on potential causal connections between services and carers' employment. This mixed methods study draws on new longitudinal data to examine service receipt and carers' employment in England. Data were collected from carers who were employed in the public sector, using self-completion questionnaires in 2013 and 2015, and qualitative interviews were conducted with a sub-sample of respondents to the 2015 questionnaire. We find that, where the person cared for did not receive at least one 'key service' (home care, personal assistant, day care, meals, short-term breaks), the carer was subsequently more likely to leave employment because of caring, suggesting that the absence of services contributed to the carer leaving work. In the interviews, carers identified specific ways in which services helped them to remain in employment. We conclude that, if a policy objective is to reduce the number of carers leaving employment because of caring, there needs to be greater access to publicly-funded services for disabled and older people who are looked after by unpaid carers.

Schmitz, H. et Westphal, M. (2017). "Informal Care and Long-Term Labor Market Outcomes." *J Health Econ* **56**: 1-18.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jhealeco.2017.09.002>

In this paper we estimate long-run effects of informal care provision on female caregivers' labor market outcomes up to eight years after care provision. We compare a static version, where average effects of care provision in a certain year on later labor market outcomes are estimated, to a partly dynamic version where the effects of up to three consecutive years of care provision are analyzed. Our results suggest that there are significant initial negative effects of informal care provision on the probability to work full-time. The reduction in the probability to work full-time by 4 percentage points (or 2.4-5.0 if we move from point to partial identification) is persistent over time. Short-run effects on hourly wages are zero but we find considerable long-run wage penalties.

Tanaka, R. (2017). "Availability of Long-Term Care Facilities and Middle-Aged People's Labor Supply in Japan: Comment." *Asian Economic Policy Review* **12**(1): 115-116.

<http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/%28ISSN%291748-3131/issues>

2016

Yamada, A. et Sakai, T. (2016). "Labor Supply and Income Reduction of Middle- and Old-Aged People in Japan with a Parent in Need of Long-Term Care. (In Japanese. With English summary.)." *Keizai Bunseki*(191): 183-213.

In this paper, using "Longitudinal Survey of Middle-Aged and Elderly Persons," we examined the labor supply and income reduction implications for middle- and old-aged people with a parent in need of long-term care. The dataset allowed us to control for the two decision-making endogeneities between labor supply and informal care and between long-term care of a parent and shared residency. Both endogeneities could have caused biased results in past research. There were five main findings. First, the number of younger birth cohorts providing informal care for family members has sharply increased, reflecting the decline in birth rates. For example, this probability was found to be 6% higher for males and 8% higher for females in the 1954 birth cohort compared with that for the 1946 birth cohort. Second, even after controlling for the two endogeneities, it was found that for people who had a parent in need of long-term care, there was a 1% decrease in the labor supply every year.

Third, no statistically significant negative effect was found for working hours or working days

for those who had parents in need of long-term care. This implied that these people were forced to choose between pursuing a career and providing informal care, possibly because of inflexible work arrangements or intensive work, which made it impossible for them to work less. Fourth, the income of those who provided informal parental care was 6 to 8% lower than that of those who did not. Finally, many people whose parents needed long-term care were found to be living with their parents again, indicating that the decision to provide informal care and to live together was possibly a simultaneous decision. In consideration of the shrinking labor force in Japan, a shorter work day/hour for regular workers and/or an expansion of formal long-term care services, both of which would allow workers to strike a balance between their career and informal care provision, would be more practical policy options than the ongoing reform of the Long-term Care Leave System, which aims to provide trichotomous leave and does not intend to change the current maximum leave duration. The more practical policies would also lower the risk of poverty among the older people providing informal care.

2015

Kasper, J. D., Freedman, V. A., Spillman, B. C., et al. (2015). "The Disproportionate Impact Of Dementia On Family And Unpaid Caregiving To Older Adults." *Health Aff (Millwood)* **34**(10): 1642-1649.

The number of US adults ages sixty-five and older who are living with dementia is substantial and expected to grow, raising concerns about the demands that will be placed on family members and other unpaid caregivers. We used data from the 2011 National Health and Aging Trends Study and its companion study, the National Study of Caregiving, to investigate the role of dementia in caregiving. We found that among family and unpaid caregivers to older noninstitutionalized adults, one-third of caregivers, and 41 percent of the hours of help they provide, help people with dementia, who account for about 10 percent of older noninstitutionalized adults. Among older adults who receive help, the vast majority in both community and residential care settings other than nursing homes rely on family or unpaid caregivers (more than 90 percent and more than 80 percent, respectively), regardless of their dementia status. Caregiving is most intense, however, to older adults with dementia in community settings and from caregivers who are spouses or daughters or who live with the care recipient.

Schulz, E. et Geyer, J. (2015). Ageing and Job Growth in Healthcare and Long-Term Care Services. *Green, Pink and Silver? The Future of Labour in Europe, Volume 2*. Beblavy, M., Maselli, I. et Veselkova, M., Brussels: Centre for European Policy Studies: 82-101.

Spetz, J., Trupin, L., Bates, T., et al. (2015). "Future Demand For Long-Term Care Workers Will Be Influenced By Demographic And Utilization Changes." *Health Affairs* **34**(6): 936-945.

<http://content.healthaffairs.org/content/34/6/936.abstract>

<http://content.healthaffairs.org/content/34/6/936.long>

A looming question for policy makers is how growing diversity of the US elderly population and greater use of home and community-based services will affect demand for long-term care workers. We used national surveys to analyze current use and staffing of long-term care, project demand for long-term care services and workers through 2030, and assess how projections varied if we changed assumptions about utilization patterns. If current trends continue, the occupations anticipated to grow the most over the period are counselors and

social workers (94 percent), community and social services workers (93 percent), and home health and personal care aides (88 percent). Alternative projections were computed for scenarios that assumed changing racial and ethnic patterns of long-term care use or shifts toward noninstitutional care. For instance, if Hispanics used services at the same rate as non-Hispanic blacks, the projected demand for long-term care workers would be 5 percent higher than if current trends continued. If 20 percent of nursing home care were shifted to home health services, total employment growth would be about 12 percent lower. Demographic and utilization changes would have little effect on projections of robust long-term care employment growth between now and 2030. Policy makers and educators should redouble efforts to create and sustainably fund programs to recruit, train, and retain long-term care workers.

Visintin, S., Elvira, M., Rodriguez-Lluesma, C., et al. (2015). An Exploratory Analysis of Wages and Job Stability for Long-Term Care Work in Europe. The Triple Aim for the Future of Health Care. Mas, N. et Wisbaum, W., FUNCAS Social and Economic Studies. Madrid: Spanish Savings Bank Foundation (FUNCAS): 167-186.

2014

(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.

Cour des Comptes (2014). Le développement des services à la personne et le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. Paris, Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-developpement-des-services-la-personne-et-le-maintien-domicile-des-personnes-agees>

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 "abaissment 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.

Nahon, S. (2014). "Les salaires dans le secteur social et médico-social en 2011." Etudes Et Résultats (Drees)(879)

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE oJqIROx9. Diffusion soumise à autorisation]. En 2010, 6,7% des actifs en France travaillent dans le secteur social et médico-social, principalement sur des postes peu qualifiés, occupés en grande majorité par des femmes, souvent à temps partiel. En 2011, ce secteur fait partie de ceux dont la rémunération nette est la plus basse, mais les disparités sont importantes selon le type d'activité. Les salaires les plus élevés sont dans les établissements d'accueil et d'hébergement pour enfants handicapés ou en difficulté. À l'inverse, ils sont les plus bas dans le secteur de l'aide à domicile. Les salaires médians du public sont globalement plus élevés que ceux du privé. Les hommes perçoivent des salaires en moyenne plus élevés que les femmes, écart du principalement à une répartition inégale des postes les plus qualifiés et donc les mieux rémunérés.

Pinville, M. et Poletti, B. (2014). Rapport sur l'évaluation du développement des services à la personne. Rapport d'information ; 2437. Paris Assemblée nationale
<http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-info/i2437.pdf>

Le Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques a inscrit à son programme de travail l'évaluation de la politique de développement des services à la personne. Cette politique publique transversale possède un impact sur nombre de ménages, de salariés et d'employeurs ; elle mobilise des aides publiques – dépenses fiscales, allègements de charges sociales, formation professionnelle – et soulève des questions de société – petite enfance, handicap, dépendance. La politique de soutien aux services à la personne s'appuie aujourd'hui sur environ 6,5 milliards d'euros. Le Président de l'Assemblée nationale a, sur proposition du CEC, demandé l'assistance de la Cour des comptes afin de réaliser cette évaluation. Parmi les principales mesures préconisées par le rapport : réserver aux personnes dépendantes les aides publiques liées aux services "de confort" (petits travaux de jardinage, etc.) ; élargir le bénéfice du crédit d'impôt à tous les bénéficiaires de l'APA, repousser par exemple l'âge permettant d'être exonéré des cotisations patronales sur les emplois à domicile de 70 à 80 ans ; abaisser de 12 000 à 7 000 euros le plafond de la réduction d'impôt pour l'emploi d'une personne à domicile, hors garde d'enfants de moins de 3 ans ; améliorer l'accès à la formation professionnelle et refondre le système des qualifications ; mettre en place une politique structurée de prévention de la pénibilité ; structurer ce secteur en filière (perte d'autonomie, petite enfance, confort).

Sugarwara, S. et Nakamura, j. (2014). Can Formal Elderly Care Stimulate Female Labor Supply? The Japanese Experience. Working Paper; CIRJE-F-924. Tokyo University of Tokyo.
<http://www.cirje.e.u-tokyo.ac.jp/research/dp/2014/2014cf924.pdf>

This study analyzes the impacts of the Japanese Long-Term Care Insurance (LTCI), a decade after its launch, with respect to the female labor supply in Japan. The radical program has caused the emergence of markets for various care services apart from permanent institutional care, which is only a major formal care sector in many developed countries. The availability of various formal care services can stimulate female labor supply through a reduction of the burden of informal caregiving. To investigate the impacts of the LTCI, we compare the labor market behavior of females who face requirements for elderly care in their household for three periods before the launch of the LTCI, four years after the launch, and ten years after the launch. Our empirical analysis indicates positive effects of the launch and diffusion of the LTCI on female labor supply. As a result of the LTCI, care for male elders is no longer an obstacle for female labor supply, but care for female elders is still burdensome. We also find that the care requirement reduces the probability of being a regular worker; however, regular workers are more likely to utilize formal care, whereas many non regular workers provide informal care by themselves.

Vanlerenberghe, J. M., Watrin, D. et Sénat. Commission des Affaires Sociales. (2014). Rapport d'information sur l'aide à domicile. Paris, Sénat

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.

Weber, F., Trabut, L. et Billaud, S. (2014). Le salaire de la confiance : L'aide à domicile aujourd'hui. Paris, Editions Rue d'Ulm

Pourquoi les salaires des aides à domicile sont-ils si bas ? Une équipe de jeunes sociologues a mené l'enquête auprès des femmes qui font ce métier, mais aussi auprès des acteurs économiques dont elles dépendent - employeurs contractuels (associations ou entreprises), clients (les personnes âgées dépendantes et leur famille), financeurs (les conseils généraux). C'est un secteur qui manque de main d'œuvre, c'est un travail qui exige du savoir-faire et du doigté. Pourtant les salaires restent proches du salaire minimum horaire, les temps de travail sont morcelés et chacun croit que les aides à domicile font du ménage, alors qu'elles assument en solitaires un rôle de surveillance sanitaire. Pourquoi la prise en charge de la dépendance ne relève-t-elle pas de l'assurance maladie ? Ce livre permet de comprendre comment la société française contemporaine traite les personnes âgées et ceux dont elles dépendent pour leur survie. (Résumé d'auteur).

2013

Devetter, F.-X. et Messaoudi, D. (2013). "Les aides à domicile entre flexibilité et incomplétude du rapport salarial : conséquences sur le temps de travail et les conditions d'emploi." La Revue de l'Ires **78**(3): 51-76.

<https://www.cairn.info/revue-de-l-ires-2013-3-page-51.htm>

Le processus de professionnalisation entamé dans l'aide à domicile à la fin des années 1990 semble largement en panne depuis quelques années. Les conditions de travail et de rémunération demeurent médiocres et peinent à s'améliorer. La situation des intervenantes apparaît ainsi comme marquée par une relation salariale incomplète : sur bien des plans, les aides à domicile ne bénéficient pas des protections du rapport salarial traditionnel. Cette situation place les travailleuses face à un arbitrage biaisé entre temps de travail et conditions d'emploi. L'absence de compensation financière des pénibilités liées au métier est notamment particulièrement néfaste. L'amélioration des conditions d'emploi implique au contraire une reconnaissance plus explicite des contraintes et une remise en cause de la très grande flexibilité des temps de travail.

Jany-Catrice, F. (2013). "Mise en visibilité statistique des emplois dans les services à la personne." La Revue de l'Ires **78**(3): 25-49.

<https://www.cairn.info/revue-de-l-ires-2013-3-page-25.htm>

Cet article s'interroge sur les raisons pour lesquelles le secteur des services à la personne résiste aux statistiques, tant sur le niveau d'emploi que sur les conditions de cet emploi. La visibilisation du champ est en effet un objet politique aux frontières débattues, et devient un enjeu majeur pour les politiques publiques comme pour les acteurs syndicaux. Nous analysons ce que les difficultés d'en capter statistiquement le périmètre et les réalités sociales « disent » de ce qui s'y expérimente. Comme le « secteur » des services à la personne a, un temps, nourri des perspectives de croissance de l'emploi et de résorption ambitieuse d'une partie du chômage, l'analyse critique de la mesure de son emploi et des conditions d'emploi – et de travail – permet de mettre en exergue certaines apories de la mesure, tout en soulignant les urgences de la mise en visibilité des spécificités de l'emploi du XXI^e siècle.

Jeger, F. (2013). "Une approche régionale des besoins d'aide ménagère à domicile." Cahiers De La Cnav (Les)(7)

<https://www.lassuranceretraite.fr>

La confrontation entre les besoins et les données de bénéficiaires de l'APA ou l'aide ménagère à domicile (AMD) de la Cnav montre des disparités régionales d'attributions, qui sont mis en évidence par la mobilisation de l'enquête " Handicap-Santé " de l'Insee. Ces différences tiennent à la structure démographique des retraités et aux inégalités de santé, elles-mêmes liées au niveau d'éducation et de revenu. Ce travail constitue une première mesure des besoins régionaux en matière d'aide ménagère à domicile. L'étude sera prolongée par de nouveaux indicateurs socioéconomiques dans la perspective d'une évaluation précise des besoins, et d'une attribution efficiente des moyens dans un contexte budgétaire actuel limité.

Meng, A. (2013). "Informal Home Care and Labor-Force Participation of Household Members." Empirical Economics **44**(2): 959-979.

<http://dx.doi.org/10.1007/s00181-011-0537-1>

Pôle documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-soutien-a-domicile-des-personnes-handicapees-et-dependantes.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-soutien-a-domicile-des-personnes-handicapees-et-dependantes.epub

In Germany, informal home care is preferred to professional care services in the public discussion as well as in legal care regulations. However, only minor importance is ascribed to the opportunity costs caregivers face. Therefore, this article explores the influence home care has on the labor supply of caregivers who cohabit with the care recipient. I use data from the German Socio-Economic Panel from 2001 to 2007, which allows researchers to merge the characteristics of both groups for the first time. Owing to diverging gender roles, I examine female and male caregivers separately. The results show that having an individual in need of care in the household does not decrease labor supply to an economically relevant quantity. As providing care might be endogenous to the labor-supply decision, I test for endogeneity by using characteristics of care recipients as instruments and I additionally test for sample attrition. Moreover, the panel structure allows me to control for unobserved heterogeneity.

2012

(2012). "Les conditions de travail des aides à domicile en 2008." Dossiers Solidarité Et Santé (Drees)(30)

<http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier30.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0xD7CG8. Diffusion soumise à autorisation]. En 2008, 515 000 aides à domicile interviennent au domicile de personnes fragilisées, que ce soit en raison de leur âge, d'un handicap, d'une maladie ou de toute autre raison empêchant ces personnes de réaliser les actes essentiels de la vie quotidienne, tels que se laver, se lever ou s'asseoir, manger, etc. Dans les années récentes, le secteur de l'aide à domicile et plus précisément les intervenants eux-mêmes ont fait l'objet de nombreuses études qualitatives relatives à leurs conditions de travail.

(2012). "Métiers de la gérontologie : nouveaux champs professionnels, nouvelles perspectives." Gérontologie Et Société(142)

[BDSP. Notice produite par FNG m9R0xDJH. Diffusion soumise à autorisation]. Les métiers de la gérontologie évoluent fortement depuis plusieurs années sous la triple pression du vieillissement démographique et de l'évolution des mentalités, de la conjoncture économique et de la transformation de notre modèle social, et des politiques vieillesse. Ce numéro, initié par le centre de documentation de la Fondation nationale de Gérontologie, dessine la carte des mutations en cours et à venir. Si tous les métiers seront à terme concernés par la pluridisciplinarité, l'interprofessionnalité et la coordination, c'est certainement dans le sanitaire et le social que ces enjeux sont à penser et à résoudre de manière pressante. La principale révolution de ces métiers au cœur du lien social réside dans leur extension sans précédent. Les savoirs, savoir-faire et expériences des professionnels vont être sollicités dans des domaines qui leur sont restés jusque-là étrangers : habitat, urbanisme, emploi, éducation, formation, etc. (4e de couv.).

Andre, L. (2012). "Évolution des métiers du prendre soin à domicile : Enjeux professionnels ? Enjeux de société ?" Gérontologie Et Société(142): 157-167.

[BDSP. Notice produite par FNG pkH8rR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Le secteur de l'aide à domicile se trouve actuellement confronté à un paradoxe qui pourrait mettre en grande difficulté la qualité de l'accompagnement aux personnes âgées et handicapées :

d'une part, le nombre de personnes âgées dépendantes augmente, et les personnes aidées présentent des niveaux de dépendance de plus en plus forts ; d'autre part, il est de plus en plus difficile pour les structures d'aide à domicile de trouver des employées, les conditions d'emploi proposées étant globalement assez mauvaises (faible niveau de rémunération, publics difficiles, amplitudes horaires et astreintes importantes). La professionnalisation du secteur à travers la qualification des employées ne peut à elle seule répondre à cette problématique. Nous sommes face aujourd'hui à un choix de société à faire. (R.A.).

Berthel, M. et Peter-Bosquillon, M. C. (2012). "Impact des évolutions démographiques sur les organisations sanitaires. Acteurs et métiers du soin." Gérontologie Et Société(142): 15-30

[BDSP. Notice produite par FNG R0xFGlS C. Diffusion soumise à autorisation]. Le nombre de personnes très âgées augmente et va continuer à augmenter. La polypathologie, les pathologies chroniques et leurs répercussions fonctionnelles sont les caractéristiques des besoins de santé du grand âge. Le schéma traditionnel - signes, diagnostic, traitement, guérison - valable chez le sujet jeune, n'est plus pertinent. Les organisations sanitaires doivent s'adapter à cette réalité. Les professions de santé et les professions de l'aide ont à conjuguer leurs activités et leurs relations dans une réelle pluridisciplinarité. Plusieurs milliers d'emplois sont à créer, parmi lesquels des emplois nouveaux. Plusieurs milliers de personnes sont à former. (R.A.).

Devetter, F.-X., Messaoudi, D. et Farvaque, N. (2012). "Contraintes de temps et pénibilité du travail : les paradoxes de la professionnalisation dans l'aide à domicile." Revue Française Des Affaires Sociales(2-3): 244-268.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 79pR0xGA. Diffusion soumise à autorisation]. L'enquête statistique menée en 2008 par la DREES auprès des intervenants à domicile permet d'analyser de manière précise les conditions de travail et les emplois du temps de ces salariés. Accéder à un temps de travail effectif proche d'un temps complet s'accompagne ainsi de nombreuses pénibilités en termes de contraintes temporelles et de conditions de travail. La comparaison entre les différents modes d'intervention permet d'identifier les interactions à l'œuvre pour expliquer ce lien particulier entre la professionnalisation des emplois et les conditions de travail : les facteurs associés à une logique de professionnalisation (qualification, spécialisation auprès de personnes fragiles, ancienneté, etc.) apparaissent liés à des conditions de travail plus difficiles.

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.

[BDSP. Notice produite par FNG 9DR0xJ7E. Diffusion soumise à autorisation]. 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.).

Gallois, F. (2012). "La prise en charge de la dépendance est-elle un problème de santé ou d'emploi? Une analyse en termes d'espaces de régulation. (With English summary.)" Economie et Institutions(18-19): 35-64.

<http://www.u-picardie.fr/CRIISEA/Revue%20Economie%20et%20Institutions/numeros.php>

This paper examines the regulation of domiciliary care services (DCS) for elderly people throughout two different areas of regulation: the health system and the institutional sector of "lifestyle and domiciliary care services". DCS potentially belong to these two areas, but both refer to different logics. The first result shows that even if the DCS support the performance of the field care in the health system, it stays at the border of the health system by being both necessary and excluded. The second result considers DCS as belonging to lifestyle and home care services. All these services are being subjected to a particular employment policy developed by the French State while also being supported by State in order to allow the emergence of a new market. In terms of regulation, I underline that exchanges for DCS are partly relying on market, but they are mostly relying on quasi-market (and, consequently, Social State). These two results seem to indicate that DCS are essentially unregulated.

Kotsadam, A. (2012). "The employment costs of caregiving in Norway." Int J Health Care Finance Econ **12**(4): 269-283.

Informal eldercare is an important pillar of modern welfare states and the ongoing demographic transition increases the demand for it while social trends reduce the supply. Substantial opportunity costs of informal eldercare in terms of forgone labor opportunities have been identified, yet the effects seem to differ substantially across states and there is a controversy on the effects in the Nordic welfare states. In this study, the effects of informal care on the probability of being employed, the number of hours worked, and wages in Norway are analyzed using data from the Life course, Generation, and Gender survey. New and previously suggested instrumental variables are used to control for the potential endogeneity existing between informal care and employment-related outcomes. In total, being an informal caregiver in Norway is found to entail substantially less costs in terms of forgone formal employment opportunities than in non-Nordic welfare states

Shutes, I. et Chiatti, C. (2012). "Migrant labour and the marketisation of care for older people: The employment of migrant care workers by families and service providers." Journal of European Social Policy **22**(4): 392-405.

<http://esp.sagepub.com/content/22/4/392.abstract>

This article contributes to an understanding of how different institutional contexts produce similar outcomes as regards the employment of migrant workers in care work. It examines how the employment of migrant care workers in both the familial provision of care and the formal provision of care services for older people is shaped, first, by the marketisation of care and, second, by immigration controls. The analysis draws on data on the employment of migrant care workers by families in Italy and by providers of residential and home care services in the UK. It is argued that marketisation processes and immigration controls have contributed to the employment of migrant workers across so-called informal/formal types of care provision, and irregular/regular types of care work and migration. While the institutional contexts in which migrant care labour is located may differ, converging outcomes are evident regarding the structural positioning of migrant workers within the provision of care for older people

2011

Bornia, L., Jonsson, R., Quencez, M., et al. (2011). "Système migratoire et métiers du Care : comment les évolutions démographiques produisent de nouvelles migrations." Gérontologie Et Société(139): 17-36.

[BDSP. Notice produite par FNG 78pR0xmC. Diffusion soumise à autorisation]. Le vieillissement de la population des pays industrialisés a permis le développement d'un marché du care, car la prise en charge à domicile des personnes âgées n'est plus assurée par le système familial traditionnel. Un réseau d'associations, d'entreprises mais aussi de travailleurs free-lance se met en place afin de répondre à la demande croissante d'auxiliaires de vie sociale (AVS). Les relations entre le développement des métiers du care et les flux migratoires sont encore mal connues, mais alors que de plus en plus de femmes immigrées sont employées pour prendre en charge les personnes âgées à leur domicile, un véritable système migratoire se met en place dans lequel l'offre de travail répond à une demande en travailleurs et les problématiques de la migration se trouvent étroitement liées aux spécificités de ce marché grandissant. (R.A.).

Devetter, F.-X. (2011). "Interprétations localement différenciées d'une politique nationale : l'exemple des services à la personne." Revue Française Des Affaires Sociales(4): 134-157.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 8JCGIROx. Diffusion soumise à autorisation]. Cet article met l'accent sur les interprétations, localement différenciées, de la politique nationale de développement des services à la personne de 2005, aussi appelée "plan Borloo". L'article fournit d'abord des "connaissances situées", à partir d'une analyse statistique qui souligne la grande hétérogénéité des situations départementales en matière de services à la personne, que ce soit en termes de niveau d'emploi ou d'heures travaillées, ou de structure de l'offre de service (lucratif, associatif, emploi direct). Plusieurs variables socio-économiques sont mobilisées pour expliquer les écarts constatés. Celles-là apparaissent cependant insuffisantes pour saisir la diversité des réalités territoriales. C'est pourquoi l'article s'attache ensuite à décrire et à analyser les régulations mises en place par les acteurs locaux.

Hirata, H. (2011). "Le travail du Care pour les personnes âgées au Japon." Informations Sociales(168): 116-122.

[BDSP. Notice produite par AHPDOC R0xCsGFE. Diffusion soumise à autorisation]. Pays vieillissant, le Japon connaît une problématique des soins envers les personnes âgées et dépendantes aiguë. Les crises économique et financière font du secteur du Care une véritable opportunité en matière d'emplois. Qui sont ces travailleurs-se-s des métiers de soins dans les établissements pour personnes âgées ? Quelles sont leurs conditions de travail ? L'auteure analyse la dynamique d'évolution de ce secteur. (R.A.).

Trabut, L., Meda, D., Weber, F., et al. (2011). Nouveaux salariés, nouveaux modèles : le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. **Thèse doct. nouv.**

L'objectif de cette thèse est de comprendre les modalités de production de l'aide à domicile visant le maintien à domicile des personnes âgées. Les principales évolutions de la politique de prise en charge de la dépendance depuis les années 90 ont conduit à privilégier un modèle industriel de production du service d'aide à domicile, incarné par l'organisation

intermédiée, pour laquelle un prestataire de service sert d'intermédiaire entre la personne âgée et l'intervenant à domicile. La première partie de cette thèse montre que ce mode d'organisation, pour faire face aux contraintes, notamment temporelles, inhérentes à la prise en charge des personnes âgées permet le déploiement de stratégies de rationalisation des emplois du temps (contrôle accru du temps passé pour chaque acte) et des contrats de travail (annualisation du temps de travail). En conséquence, en dépit de la professionnalisation des intervenants auprès des personnes âgées, le mode intermédié, en opposition à la contractualisation directe entre employeur et employé, n'a pas conduit à une amélioration des conditions de travail des intervenants. Parallèlement au développement du mode intermédiaire, des modèles hybrides de production du maintien à domicile, articulant modèle domestique et modèle médical, social et industriel, portés par une pluralité d'acteurs - services de soins infirmiers à domicile, équipe médico-sociale, etc. - se sont constitués. La seconde partie de la thèse montre que l'emploi direct d'une aide à domicile, le plus souvent une femme de ménage, est à l'origine de ces modes d'organisation mixte. Mais ces derniers sont à géométrie variable, tout comme le rôle du salarié aide à domicile : la prégnance plus ou moins importante du volet sanitaire et social dépend du degré d'implication des potentiels aidants familiaux, du niveau de dépendance et de la diversité des besoins à satisfaire pour assurer le maintien à domicile. (RA).

Vanderschelden, M. (2011). "La place du secteur associatif et l'action sociale dans l'économie. Deux dimensions de la vie sociale à l'aune des comptes nationaux." Insee Première(1356 <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1356/ip1356.pdf>)

Les institutions sans but lucratif au service des ménages employaient 900 000 personnes en 2008, soit 3 % de l'emploi total. Elles ont versé 23 milliards d'euros de rémunérations et acheté pour près de 17 milliards d'euros de biens et services (y compris investissement). Ce faisant, elles ont produit et distribué gratuitement ou presque des services pour un coût de 40 milliards d'euros. La moitié de ces services relève d'activités d'enseignement et d'activités récréatives, sportives et culturelles, l'autre moitié relève de l'aide aux personnes handicapées et en difficulté. Mais la production d'action sociale correspond plus généralement à l'aide à l'ensemble des personnes fragiles ; elle s'élève en France à 62 milliards d'euros, car elle est aussi le fait d'autres acteurs de l'économie et couvre aussi d'autres publics, en particulier les personnes âgées. Les bénéficiaires, hébergés, accueillis à la journée ou pris en charge à domicile, financent 30% du coût de l'action sociale (résumé d'auteur).

2010

Aldeghi, I. et Loones, A. (2010). Les emplois dans les services à domicile aux personnes âgées. Approche d'un secteur statistiquement indéfinissable. Cahier de recherche ; 277. Paris CREDOC <http://www.credoc.fr/pdf/Rech/C277.pdf>

Depuis une dizaine d'années, compte tenu des mesures législatives et notamment fiscales qui permettent de solvabiliser la demande, le secteur des services à la personne cristallise des espoirs de créations massives d'emplois. Dans le prolongement des travaux réalisés au CREDOC sur les modes de vie des personnes âgées et sur la prise en charge de la dépendance en France, on s'intéresse ici à la réalité des emplois du secteur. Certes de nombreux ouvrages, travaux et données statistiques existent sur le secteur des services à la personne, mais les données propres aux services aux personnes âgées ne sont pas toujours

spécifiquement détaillées. L'objectif de ce travail est de définir, au sein des services à la personne, ceux qui concernent les personnes âgées, et de rechercher les données mobilisables pour caractériser leurs emplois et leur évolution depuis 2002. Quelles sont les activités qui relèvent de l'aide aux personnes âgées dans les services à la personne définis par les plans de développement de 2005 et de 2009 ? Quelles sources statistiques permettent d'appréhender l'évolution de l'emploi dans le secteur ? Que peut-on dire, à partir des données dont nous disposons, sur l'évolution des emplois en matière de services aux personnes âgées ? Quels sont les changements intervenus depuis la mise en place de l'APA (Aide Personnalisée à l'autonomie versée par les Conseils Généraux) ? Autant de questions auxquelles tente de répondre ce rapport.

Balzani, B. d. (2010). Les services à la personne, Paris : la Documentation française

Services de ménage, petits travaux, garde d'enfants, aide au maintien à domicile de personnes âgées ou handicapées, soutien scolaire, aide informatique, conseil... Telles sont les activités, regroupées par les pouvoirs publics sous le terme de : " services à la personne ". L'approche, pluridisciplinaire, s'attache à décrire le cadre juridique du champ des services à la personne, dans la complexité et l'étendue de ses activités, de ses modalités d'organisation, tout en insistant sur des différences importantes en ce qui concerne le droit du travail. Puis, l'étude propose une analyse du salariat en trois temps ou sont notamment abordées les nouvelles formes de relations de travail et de conditions de travail spécifiques à ce secteur d'emploi.

Jany-Catrice, F. et Puissant, E. (2010). "L'aide à domicile face aux services à la personne et registres d'action contradictoires : des politiques aux organisations." La Revue de l'Ires 64(1): 121-147.
<https://www.cairn.info/revue-de-l-ires-2010-1-page-121.htm>

Cet article vise à mettre en exergue quelques-unes des tensions suscitées par le regroupement d'activités de nature différente dans les services à la personne. Nous montrons que la mise en œuvre intentionnelle, dans ce champ, de politiques publiques différentes, aux objectifs parfois contradictoires, engendre des tensions macro socio-économiques, qui se manifestent concrètement au niveau des organisations de services à domicile. Dans les associations d'aide à domicile en particulier, certaines des tensions sont surtout portées par les salariés en charge de la coordination et de l'encadrement intermédiaire.

Marquier, R. (2010). "Les intervenantes au domicile des personnes fragilisées en 2008." Etudes Et Résultats (Drees)(728)
<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er728-2.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0xFoEnB. Diffusion soumise à autorisation]. En 2008, 515 000 intervenantes travaillent au domicile des personnes fragilisées selon différents modes d'exercice : en emploi direct, en mode mandataire, salariées d'organismes prestataires ou sous plusieurs modes à la fois. Les différences de formation sont plus marquées selon leur mode d'exercice : les salariées d'organismes prestataires disposent plus souvent d'un diplôme en relation avec le métier d'aide à domicile tandis que 85% de celles qui exercent en emploi direct n'ont aucun diplôme du secteur. Moins d'un tiers occupe l'emploi d'aide à domicile à temps complet. 13% des aides à domicile déclarent un autre emploi rémunéré dans d'autres secteurs d'activité. Le revenu des aides à domicile à temps plein varie notamment selon le mode d'exercice.

Prise en charge : parcours, acteurs, coordination

ÉTUDES : FRANCE

Les aidants : un peu de terminologie

En France, le terme « d'aidant » apparaît pour la première fois dans la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. La loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 a été plus loin, en leur donnant un véritable statut légal. Est désormais « considéré comme proche aidant d'une personne âgée son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité et son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. » Selon l'Association française des aidants¹, ils seraient ainsi 8,3 millions à accompagner au quotidien « un proche en situation de maladie ou de handicap quel que soit son âge ».

2020

Renaut, S. (2020). "Seul, en couple ou en coresidence : fragilisation et soutien à domicile après 60 ans. Résultats de l'enquête Vie quotidienne et santé 2014 en région Carsat et CGSS." Cahiers De La Cnav (Les)(14)

<https://www.statistiques-recherches.cnv.fr/les-cahiers-de-la-cnav-n-14-fevrier-2020.html>

En 2014, plus de 15 millions de personnes de 60 ans ou plus vivent en France à domicile et on estime que 15 % d'entre elles sont en situation de fragilisation (mauvaise santé et maladie chronique, grandes difficultés dans les fonctions sensorielles, motrices et cognitives), soit plus de deux millions de personnes. Quelle que soit la région ou la CGSS, les situations de fragilisation sont toujours plus fréquentes au sein de la population habitant seule (19 %) ou en coresidence (17%) par rapport à la population vivant à deux en couple (11%). Dans toutes les régions, les personnes en situation de fragilisation déclarent plus de soutien lorsqu'elles sont seules (92%) ou en coresidence (88%) que si elles vivent à deux en couple (82%). Le plus faible taux de fragilisation pour les personnes en couple ne doit pas masquer leur importance relative : les personnes en couple sont aussi nombreuses que les personnes seules (42 % en situation de fragilisation dans les deux cas et 16 % en coresidence). Si on élargit l'examen des situations de fragilisation aux cohabitants, on compte alors 3 millions de personnes confrontées à une situation de fragilisation pour elles-mêmes ou une autre personne du ménage ; les personnes en couple sont alors plus nombreuses que les personnes seules. Vieillir à deux, seul ou en coresidence est une donnée souvent mal connue et pourtant essentielle à considérer pour aller au-devant des retraités et sensibiliser les plus jeunes aux démarches de prévention comme le font les Carsat et les CGSS à travers leur offre de services.

2019

(2019). "Les équipes spécialisées Alzheimer." Lettre De L'observatoire Des Dispositifs De Prise En Charge Et D'accompagnement De La Maladie D'Alzheimer (La)(53)

https://www.fondation-mederic-alzheimer.org/sites/default/files/lettre_observatoire_53.pdf

Rattachées à des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou à des services polyvalents

¹ Association Française des Aidants (2015). [Les proches aidants : une question sociétale](#) : rapport d'observation et d'analyse. Pôle documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-soutien-a-domicile-des-personnes-handicapees-et-dependantes.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-soutien-a-domicile-des-personnes-handicapees-et-dependantes.epub

d'aide et de soins à domicile (SPASAD), ces équipes se composent a minima d'un infirmier coordinateur, de deux assistants de soins en gérontologie et d'un ergothérapeute ou d'un psychomotricien. Elles interviennent uniquement sur prescription médicale et dispensent 12 à 15 séances de réhabilitation, avec une possibilité de renouvellement tous les ans.

L'Observatoire de la Fondation Médéric Alzheimer a réalisé en 2018 une enquête nationale auprès de l'ensemble des équipes spécialisées Alzheimer. Cette enquête avait pour objectif de faire état de la répartition des ESA sur le territoire, de contribuer à la connaissance des pratiques de soins et d'accompagnement de ces équipes, et d'identifier les principales difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre des interventions

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.

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): 38.

<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 cohabitants.

Bessiere, M. (2019). "Les jeunes adultes relevant de l'amendement Creton." Dossiers De La Drees (Les)(36)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/les-jeunes-adultes-relevant-de-l-amendement-creton>

L'amendement « Creton », du nom du comédien Michel Creton qui l'avait défendu, permet depuis 1989 le maintien dans un établissement pour enfants handicapés de jeunes adultes ayant atteint l'âge limite pour lequel leur établissement est autorisé, en attente d'une place en structure pour adultes. À partir des données des enquêtes ES-Handicap de la DREES, ce Dossier de la DREES décrit le profil des jeunes bénéficiaires en 2014, en le liant à ses évolutions depuis 2006. Ils sont environ 6 000 fin 2014 et présentent des handicaps et incapacités plus sévères que le reste des jeunes handicapés accueillis en établissement. Une régression logistique, confirme l'influence de la sévérité du handicap et des incapacités sur la probabilité de recourir à l'amendement. Après une augmentation entre 2006 et 2010 où le nombre de jeunes adultes bénéficiaires de l'amendement Creton est passé de 5 000 à 6 000, on enregistre au 31 décembre 2014 une légère diminution avec 5 700 jeunes maintenus dans des établissements pour enfants à ce titre. Leur nombre a donc diminué de 4 %, mais le nombre d'enfants et adolescents accueillis en établissement ayant globalement baissé sur la période, leur part dans le public accueilli par les établissements pour enfants ne fait qu'augmenter, atteignant 6,7 % fin 2014. Cette part varie selon le type d'établissement. On peut noter en 2014 leur forte représentation dans les instituts médico-éducatifs (8,2 %, en hausse d'1,6 point par rapport à 2010), alors que leur part diminue dans les établissements pour enfants polyhandicapés (de 12,6 % à 10,8 %).

Brunel, M., Latourelle, J. et Zakri, M. (2019). "Un senior à domicile sur cinq aidé régulièrement pour les tâches du quotidien." *Etudes Et Résultats (Drees)*(1103): 6.

<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.

CDC (2019). *Maintien à domicile : Vers plateformes numériques de services*. Paris Caisse des dépôts et consignations

Qu'est-ce qu'un EHPAD hors les murs ? Quelles en sont les composantes ? Est-ce plus qu'un concept ? C'est à toutes ces questions que l'étude a souhaité répondre en recensant les principales innovations dans les dispositifs existants pour ensuite s'interroger sur la généralisation et l'amélioration des expérimentations existantes. Car des alternatives au modèle traditionnel des EHPAD existent et sont à développer pour un meilleur accompagnement du grand âge à domicile. L'étude les recense et invite à la réinvention des services autour de la personne vieillissante. Elle souligne la nécessité de disposer d'une plateforme nationale pour générer l'interopérabilité et assurer un modèle économique viable grâce à la mutualisation des ressources, infrastructures, outils et services. L'articulation entre la plateforme nationale, les agences régionales de santé, les collectivités et les acteurs de proximité pourra seule assurer une réponse simultanée et de qualité sur tout le territoire répondant ainsi au risque de fracture territoriale et d'inégalité d'accès au service.

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.

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.

CNSA (2019). Outils d'analyse multidimensionnelle d'un dispositif renforcé pour le soutien à domicile de personnes âgées en perte d'autonomie. Guides d'utilisation n° 1 et n° 2. Paris CNSA

https://www.cnsa.fr/sites/default/files/outil_analyse_de_dispositif_daccompagnement_reforce_a_domicile.zip

Face au vieillissement de la population et au souhait des Français de rester vivre à leur domicile le plus longtemps possible, des dispositifs expérimentaux d'accompagnement renforcé de la perte d'autonomie à domicile émergent dans les territoires. En effet, l'accompagnement à domicile des personnes les plus dépendantes nécessite l'intervention de multiples acteurs et intervenants (SAAD, SSIAD, médecin traitant...) et pose la question de l'intensification, de la continuité et de la coordination de l'accompagnement. Les dispositifs renforcés ont pour objectif de répondre à ces problématiques et par là, de repousser autant que faire se peut, le recours à l'Ehpad ou à l'ESLD. À ce jour, les quelques dispositifs existants ne constituent pas une offre homogène. Ils s'adressent à des publics différents, proposent des services divers, et procèdent d'organisations et de modèles de financement différents. La CNSA et la DGCS ont souhaité mettre à disposition des financeurs et porteurs de projets des outils permettant d'analyser un dispositif de soutien renforcé au domicile à deux moments du projet : dans sa phase de conception et en fonctionnement. Le premier guide (n° 1) concerne l'analyse en phase de projet. Il est complété par un guide (n° 2) pour l'analyse en fonctionnement. Face à cette pluralité de solutions, il a semblé important de doter les financeurs et les porteurs de projets d'un cadre d'analyse harmonisé de toutes ces solutions qui poursuivent un même objectif de soutien renforcé au domicile. L'outil d'analyse n'est pas normatif, il ne préjuge pas de la supériorité d'un dispositif sur un autre. Il propose un cadre harmonisé pour décrire une solution donnée dans ses différentes dimensions : usagers accompagnés, services proposés, organisation de la production et économie du dispositif.

Giraud, O., Outin, J.-L. et Rist, B. (2019). "La place des aidants profanes dans les politiques sociales, entre libre choix, enrôlements et revendications." *Revue Française Des Affaires Sociales*(1): 7-215.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2019-1-page-7.htm>

Dans son premier numéro de l'année 2019, la Revue française des affaires sociales traite des aidants profanes, c'est-à-dire des non-professionnels, entendus au sens large des relations sociales : il s'agit bien entendu de la famille mais aussi des cohabitants, des voisins ou des amis. Sont essentiellement traités la santé, le handicap et la dépendance. Les dix articles

examinent deux dimensions du thème, chacun avec une perspective différente. La première est la tension ressentie par les individus entre contrainte et liberté d'aider. La seconde dimension est la tension des pouvoirs publics entre enrôlement et soutien, d'un côté, et enrôlement de force, de l'autre. Les enjeux sont en effet tant éthiques (répondre à la demande de personnes vulnérables qui souhaitent vivre « chez elles », en milieu ordinaire) que budgétaires. Une synthèse propose, quant à elle, un aperçu des propos tenus lors du séminaire organisé par la RFAS en 2018 sur l'action publique et la publication de travaux de recherche dans le champ du handicap et de la dépendance.

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

<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.

Perdrix, E. et Roquebert, Q. (2019). Does an increase in formal care affect informal care? Evidence among the French elderly. Paris PSE halshs-02370689: 46.

<https://econpapers.repec.org/paper/halpsewpa/halshs-02370689.htm>

Demographic aging is associated with an increasing demand for long term care, which can be provided both by professionals (formal care) or by relatives (informal care). Facing this increasing demand, public policies encourage the consumption of formal care. One expected impact of these policies is to relieve relatives' burden. This paper investigates the causal impact of formal care use on informal care among formal care users. We propose an original instrument for formal care use, using local disparities in the price of formal care providers. Using the recent French survey CARE, which is focused on the elderly population, we use a two-part model to disentangle between extensive and intensive margin of informal care. An exogenous increase informal care is found to slightly decrease the probability to use informal care, but there is no significant effect at the intensive margin. Reforms extending the generosity of public policies for formal care use can thus be expected to have a limited effect on informal care use.

Zerrar, N. (2019). "Entre besoins d'aides et obligations familiales et professionnelles : les aidants sont-ils libres d'aider leur(s) parent(s) en situation de perte d'autonomie ?" *Revue Française Des Affaires Sociales*(1): 159-179.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2019-1-page-159.htm>

Isaiah Berlin (1988) introduit les concepts de liberté positive (être libre de faire ce que l'on veut) et de liberté négative (ne pas subir d'entrave à sa volonté). Ces deux concepts sont mobilisés pour étudier la latitude du choix des enfants d'aider leur(s) parent(s) en situation de perte d'autonomie. La liberté positive est abordée au travers de deux paramètres de

préférences individuelles : l'altruisme et la réciprocité positive. La liberté négative est approchée par le triptyque d'engagements de la génération pivot (travail, enfant, parent) qui est l'objet d'étude de l'enquête ELDERS 3 mobilisée ici. Cette analyse dessine une liberté d'aider principalement menacée par les besoins d'aide du parent. L'analyse selon le statut conjugal du parent confirme ce résultat même pour les aidants de parents sans conjoint. En effet, à besoins d'aide donnés, le choix d'aider un parent et l'intensité de cette aide s'expliquent par les préférences de l'enfant. Cette aide paraît rationalisée au regard des obligations familiales de l'enfant alors que, au contraire, le milieu professionnel de l'enfant n'a aucun impact sur l'aide apportée à son parent.

2018

Insee (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>

Masotti, B. (2018). "Demander (ou pas) l'aide à domicile au grand âge. L'agency des personnes âgées." Gérontologie Et Société **40 / 157**(3): 79-95.

<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2018-3-page-79.htm>

L'assistance formelle à domicile est devenue une pratique de plus en plus répandue dans le monde occidental. Tôt ou tard, elle finit par constituer une des conditions du maintien à domicile dans la vieillesse : mais qu'en est-il de l'agency des personnes âgées lorsque, face aux pertes typiques du grand âge, celles-ci doivent faire appel à des services et à des individus étrangers à leur chez-soi ? Les entretiens menés avec des individus de 80 ans et plus vivant dans une région de Suisse montrent que leur rôle à ce sujet, s'il est parfois mis à mal par des contraintes, est loin d'être marginal. Sa compréhension demande une considération du parcours de vie et des ressources de l'individu, ainsi que des contextes dans lesquels il est inséré. Le type de service – aide domestique ou soin personnel, aide publique ou privée – a aussi une influence, de même que leur mode d'organisation et le travail des soignants qui y opèrent.

2017

Brunel, M. et Carrere, A. (2017). "Les personnes âgées dépendantes vivant à domicile en 2015 : premiers résultats de l'enquête CARE "ménages"." Etudes Et Résultats (Drees)(1029): 6.

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-personnes-agees-dependantes-vivant-a-domicile-en-2015-premiers-resultats-de>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0x8r8F9. Diffusion soumise à autorisation]. En 2015, 4% à 10% des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile sont dépendantes au sens du groupe iso-ressources (GIR). Par ailleurs, 3% des personnes sont estimées dépendantes au sens de l'indicateur de Katz et également 3% au sens de l'indicateur de Colvez. Selon ces indicateurs, la France métropolitaine compterait entre 0,4 et 1,5 million de personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile. Ces estimations sont les premiers résultats de l'enquête "Capacités, Aides et REssources des seniors (CARE) ménages", volet seniors, réalisée par la DREES en 2015.

HCFEA (2017). La prise en charge des aides à l'autonomie et son incidence sur la qualité de vie des personnes âgées et de leurs proches aidants. Paris HCFEA: 44.

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

Ce rapport aborde 3 grands thèmes : le maintien à domicile, l'aide aux aidants et les mesures touchant spécifiquement les établissements. Un rapport annexe se penche sur le recours aux financements privés dans la couverture de la perte d'autonomie.

2016

Association française des Aidants (2016). Les proches aidants : une question sociétale. Paris Association Française des Aidants

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.

ANESM (2016). Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées. Volet domicile. Saint-Denis Anesm

http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?article1010&var_mode=calcul

Ces recommandations identifient les principaux facteurs de risque de perte d'autonomie et/ou de son aggravation sur lesquels les professionnels intervenant au domicile porteront une attention particulière afin de tout mettre en œuvre pour limiter leurs conséquences et garantir la meilleure qualité de vie possible de la personne âgée. Ces recommandations sont accompagnées de fiches-repères pour faciliter le repérage des situations à risque de perte d'autonomie ou de son aggravation. Ces fiches portent sur la mauvaise nutrition/la dénutrition et la déshydratation, les chutes, les risques liés à la prise des médicaments, la souffrance physique, la souffrance psychique, les troubles du comportement et les troubles cognitifs. Enfin, une fiche-repère est aussi consacrée aux aidants dont on connaît le rôle déterminant en matière de maintien à domicile plus particulièrement, mais dont on reconnaît aujourd'hui les risques sur leur santé inhérents à ce rôle.

Cret, B. et Guilhot, N. (2016). "Le secteur du handicap, un marché en construction ? Stratégies concurrentielles et stabilisation du champ (1944-2010)." Revue Française Des Affaires Sociales(4): 193-223.

<http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2016-4-page-193.htm>

Pôle documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-soutien-a-domicile-des-personnes-handicapees-et-dependantes.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-soutien-a-domicile-des-personnes-handicapees-et-dependantes.epub

En s'appuyant sur l'exploitation d'une base de données statistiques, sur deux études de cas longitudinales (43 entretiens semi-directifs et archives de deux grosses associations gestionnaires dans les départements du Rhône et de l'Isère) et sur 50 entretiens semi-directifs complémentaires au sein de l'ancienne région Rhône-Alpes, cet article étudie l'impact des pouvoirs publics sur la concurrence entre associations gestionnaires au sein du secteur médico-social depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale. Nous montrons que les acteurs publics favorisent la reproduction de la position des associations dominantes d'une période à l'autre en jouant sur la concurrence entre opérateurs. Leur action vise à stabiliser la structure de relations entre acteurs : le champ organisationnel du handicap est un marché stable au sens de Fligstein (2001).

Fontaine, R. et Arnault, L. (2016). Vers une diminution programmée de l'aide familiale aux personnes âgées en perte d'autonomie ? État des lieux des évolutions démographiques et socioéconomiques touchant les familles et de leurs effets attendus sur l'aide filiale. Paris Fondation Médéric Alzheimer

Ce rapport présente un état des lieux des évolutions démographiques et socioéconomiques susceptibles d'impacter l'aide informelle dans les prochaines années. Cette dernière est aujourd'hui une ressource largement mobilisée dans la prise en charge des personnes âgées ne pouvant plus réaliser seules certaines des activités de la vie quotidienne. La pérennité de l'aide informelle pose cependant question. Différentes évolutions démographiques et socioéconomiques touchant les structures familiales et les aidants potentiels risquent en effet de fragiliser le soutien familial dont bénéficient actuellement les personnes âgées en perte d'autonomie. Après une analyse de ces évolutions, cette étude propose des scénarios possibles pour maintenir cette offre de service informelle.

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.

Lemestre, M.-C. (2016). "Équipes mobiles, soins à domicile : la voix des usagers." Information Psychiatrique (L') **92**(5): 406-407

[BDSP. Notice produite par EHESP R0xClEI. Diffusion soumise à autorisation]. Depuis

maintenant plusieurs années, un des axes forts des politiques sociales et de santé est la prise en charge à domicile. En effet, on retrouve de plus en plus de métiers qui vont dans ce sens ; aide à domicile, aide-ménagère, aide familiale, infirmière à domicile et depuis quelque temps les équipes mobiles en psychiatrie. (introd.).

Vatan, S. (2016). "Faut-il rompre avec les quasi-marchés pour penser la marchandisation? Réflexion autour du cas de l'aide à domicile. (With English summary)." *Economie et Institutions*(24): 41-82.

<http://www.u-picardie.fr/CRIISEA/Revue%20Economie%20et%20Institutions/numeros.php>

This paper aims at breaking off with the use of the quasi-market notion to analyze the commodification process in social services, and particularly in home care services. We propose to leave any reference to the market by analyzing the commodification process through the concept of commodity, theoretically grounded in the Marx's critique of political economy. Thus, commodification must be understood as a process of commodity constitution rather than a single process of market construction. Finally, we show that a reconnection with the fundamental institutions of monetary production economy, i.e. the money and the commodity, restores the internal consistency of critical researches on the new regulation of social services, by endowing them a theoretical framework firmly institutionalist.

Verdier, C., Benoit, A. M., Forest, F., et al. (2016). "Analyse empirique des points de blocage dans le processus de soutien à domicile des personnes fragiles." *Journal de Gestion et d'Economie Médicales* **34**(5-6): 321-341

[BDSP. Notice produite par ORSRA Jk98R0x8. Diffusion soumise à autorisation]. Le soutien à domicile des personnes fragiles est complexe car il suppose d'offrir des services individualisés, facilement adaptables dans le temps et l'espace, multimodaux (soins, services paramédicaux, services non médicaux, soutien financier, soutien psychologique, socialisation) et coût-efficaces au sein d'environnements juridique, social, organisationnel très contraints. Force est de constater que les approches traditionnelles de modélisation (approche par processus, notamment) d'un tel écosystème sont dysfonctionnelles et trop coûteuses, que les méthodes de conception et de représentation sont inopérantes et que le cadre actuel produit des stratégies d'évitement, de contournement ou de mises en œuvre, pas toujours optimales, mais qui néanmoins fonctionnent. Le but de cet article est donc de présenter au regard des deux grilles de lecture, les politiques publiques et le système d'information, une analyse du terrain de la prise en charge à domicile, étayée par des méthodes adaptées et traduite en buts à atteindre pour lever les points de blocage dans le processus de soutien à domicile des personnes fragiles.

2015

(2015). "Parcours de soins, parcours de santé." *Risques & Qualité En Milieu De Soins* **12**(3)
<http://www.hygienes.net/boutique/risques-qualite/risques-qualite-volume-xiii-n3-septembre-2015-parcours-de-soins-parcours-de-sante/>

Ce numéro spécial de la revue Risques & Qualité rassemble une série d'articles sur la thématique du parcours de soins, fruit de la contributions d'une quarantaine de rédacteurs. Les articles portent sur des programmes de parcours de soins mis en œuvre par la Cnamts, le ministère chargé de la santé, la Has... mais aussi sur des expériences régionales ou locales. Ils

couvrent des situations médicales complexes : les soins aux aînés, la cancérologie, l'insuffisance cardiaque...et plus généralement la sortie de l'hôpital et le retour à domicile, la coopération ville-hôpital, l'organisation territoriale.

(2015). "Une équipe mobile pour personnes lourdement handicapées en Aquitaine." Revue Prescrire **35**(380): 463-465.

En France, dans le département de la Gironde, un réseau a été créé en 2004 pour aider les personnes lourdement handicapées physiques à continuer à vivre à domicile. Malgré des problèmes de financement, la détermination des professionnelles de santé impliqués dans le réseau a permis d'en pérenniser les activités.

(2015). "Personnes âgées dépendantes : implication des médecins généralistes." Revue Prescrire **35**(380): 467.

Beaucoup de personnes âgées à domicile ont besoin d'aide pour se nourrir, se laver, etc. Selon une enquête menée en 2012, environ 40 % des médecins généralistes libéraux déclarent suivre plus de 20 personnes âgées dépendantes à domicile. La plupart des médecins interrogés souhaitent une meilleure coordination des soins, la majorité se disant prêts à s'y impliquer davantage.

Branger, B., Rouger, V., Berlie, I., et al. (2015). "[Monitoring network for vulnerable children in the Pays de la Loire ("Grandir ensemble" - Cohort LIFT): 10 years of activity 2003-2013]." Arch Pediatr **22**(2): 171-180.

INTRODUCTION: Vulnerable children are at-risk newborns including premature infants and some children with pathologies presented by fear anomalies and deficiencies, most particularly neurological. Monitoring is based on the detection of these abnormalities and their early management. The organization of this monitoring system is based on a network of doctors, mostly pediatricians, trained regularly. The objective of this review was to assess the resources, means, and results of 10 years of follow-up. METHODS: The Pays de la Loire network includes 24 maternity wards and 13 neonatal departments. Annual admissions are around 5000 newborns to approximately 45,000 annual births. Upon discharge of newborns, born prematurely at 34 weeks of gestation (WG) or less, or term infants with neurological problems, parents are asked to have their child monitored by a referring doctor. During the consultation, a reference document is filled out by the doctor and sent to the project manager for data collection and specific compensation for private practitioners. Standardized questionnaires were used such as the ASQ (Ages and Stage Questionnaire) completed by parents, the developmental quotient (DQ) with the Lezine Brunet-Revised test (BLR), the intelligence quotient (IQ) with the Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence (WIPPSI III) completed by psychologists employed in the network, and a questionnaire completed by the teacher at 5 years of age. RESULTS: The network started on 1st March 2003, and 28th February 2013, after 10 years of inclusion, 10,800 children had been included. This population accounts for 2.4% of all annual births: 1.1% were included for prematurity less than 33 weeks and 0.25% were term-born infants. The characteristics of children are presented with gestational age, birth weight, and obstetric and neonatal pathologies. The percentage of these children followed was 80% at 2 years and 63% at 5 years. At 2 years, the results are presented according to gestational age with approximately 60% of children without disabilities at 25-26 WG, 73% at 27-28 WG, 77% at 29-30 WG, and 86% at 31-32 WG. Absorptions are diverse and vary according to the age of the child with physical therapy, psychomotor skill work, speech therapy, hearing and vision consultations,

and psychology/psychiatry. Assessment tools were refined by specific analyses: the ASQ 24 months (completed by parents) was deemed valid and predictive with respect to IQ (abandoned in 2012), and the grid completed by the teacher was found to predict abnormalities in 5 years. CONCLUSION: The Pays de la Loire monitoring network has met its initial objective, namely to detect disabilities early and provide practical help to parents in a population of vulnerable children. Benefits for professionals and other children not followed in the network were observed, with an increase in pediatricians' skills. The benefits of the evaluation results are more difficult to assess with the care than neonatal care in obstetrics. The sustainability of such a network seems assured for healthcare professionals, provided that funding is maintained by the health authorities.

Buthion, V. et Gode, C.. (2015). "Les proches-aidants, quels rôles dans la coordination du parcours de soins ?" Journal de Gestion et d'Economie Médicales **32**(7-8): 501-519.

Escourrou, E. (2015). Etude qualitative dans le cadre du projet pilote national Paerpa sur le territoire pilote des Hautes-Pyrénées. Toulouse Université Paul Sabatier, Université Paul Sabatier.

Toulouse. FRA. **Thèse de Doctorat en Médecine**

<http://thesesante.ups-tlse.fr/809/1/2015TOU31029.pdf>

En l'absence d'étude qui explorait les attentes des personnes âgées envers les professionnels de santé dans la prévention de la perte d'autonomie, il semblait intéressant, dans le cadre du projet PAERPA, de mener une étude pour connaître les perceptions des personnes âgées sur les thèmes de perte d'autonomie, prévention de perte d'autonomie et place des professionnels de santé dans la prévention de la perte d'autonomie. La question de recherche de cette thèse était la suivante : « Que signifie pour une personne âgée d'être à risque de perte d'autonomie ? ». L'objectif principal était de comprendre la perception des personnes âgées concernant le risque de perte d'autonomie. L'objectif secondaire était de comprendre leurs attentes, envers les professionnels de santé dans la prévention de la perte d'autonomie. L'étude s'inscrit dans le travail d'amélioration du PPS (Projet personnalisé de soins), organisé par l'Agence Régionale de Santé de Midi-Pyrénées. Les résultats de l'étude devaient permettre d'ajuster le PPS au plus près des attentes des personnes âgées.

Fontaine, R., Pino, M., Baptiste, M., 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.

Prot, M. (2015). Ressenti et attentes des aidants naturels de personnes âgées prises en charge par le réseau de santé du Sud-Meusien. Etude qualitative par entretiens semi-dirigés. Nancy Université de Lorraine, Université de Lorraine. Nancy. FRA. **Thèse de Doctorat en Médecine**

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732827>

L'organisation du système de santé français doit être reconsidérée afin de faire face aux défis socioéconomiques que constituent les besoins de la population âgée grandissante. Les réseaux de santé gérontologiques représentent un élément majeur de la prise en charge globale et coordonnée que nécessite cette population. Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée pour explorer le ressenti et les attentes des personnes âgées vis à vis de la prise en charge effectuée par le Réseau de Santé du Sud Meusien et leurs perceptions sur l'éducation thérapeutique. Il a été mis en évidence le manque d'informations délivrées aux personnes âgées concernant les motifs de leur adhésion ainsi que la finalité de l'action du réseau mais souvent l'entrée dans le réseau se fait par le repérage d'une fragilité médicale et/ou sociale. Les apports et les difficultés de la prise en charge du réseau ont conforté la nécessité d'une coordination efficace entre les acteurs de santé et ont fait émerger des nouvelles missions, notamment les moyens de lutter contre la solitude. La perception des personnes âgées sur leur environnement et leur santé a permis de définir leurs attentes dans le domaine de l'information et de l'éducation thérapeutique. L'amélioration de la médecine de parcours des personnes âgées nécessite une coordination efficace entre la médecine de ville et l'hôpital, et pourrait passer par les services de soins infirmiers à domicile comme élément de relais entre la proximité et le réseau, par la mobilisation des équipes médicales de terrain et par la formalisation du suivi du patient au moyen d'outils validés. La sensibilisation au vieillissement et à l'éducation thérapeutique des personnes âgées pourrait se concrétiser par la mise en place de séances collectives au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles, et nécessitent des formations et des financements adaptés.

Simon, M. (2015). *Accompagnement et prise en charge des personnes âgées dépendantes : état des lieux en France et positionnement au niveau local pour le pharmacien d'officine*. Nantes Faculté de Médecine, Université de Nantes. Faculté de Médecine. Nantes. FRA. **Thèse de Doctorat en Pharmacie**

La société française est confrontée à une transition démographique : le vieillissement de sa population. En raison de la sommation des facteurs sociaux, psychologiques, économiques, et des comorbidités médicales, cette population âgée constitue une tranche d'âge fragile. La perte d'autonomie et la dépendance sont les problématiques majeures qui découlent. Malgré les difficultés, ce travail met en évidence que les plus âgés expriment la volonté de vieillir chez eux. Le maintien à domicile est donc un domaine amené à se développer dans les années à venir. Le pharmacien y a son rôle à jouer en plus de l'accompagnement des personnes âgées dans le bon usage de leurs traitements. L'accompagnement global d'une population passe de plus en plus par une prise en charge pluridisciplinaire, en intégrant au mieux les habitudes de vie du patient. Nous proposons ici quelques axes de réflexion visant à renforcer la position du pharmacien dans la prise en charge des personnes âgées fragiles. Le parcours de soins de celles-ci est souvent complexe et représente un véritable enjeu de Santé Publique. Ce travail propose des d'outils d'aide au dépistage, à l'orientation et à l'accompagnement par le pharmacien d'officine de cette population particulièrement vulnérable.

Stillmunkes, A., Goubin, L., Bismuth, S., et al. (2015). "L'aménagement du domicile des personnes âgées est-il bénéfique ? Une revue systématique de la littérature." Médecine : De La Médecine Factuelle à Nos Pratiques **11**(1): 17-20.

Among 920 papers which were found and evaluated according to CONSORT grid, 16 trials and 4 meta-analyses were included in this review. Home adjustment is effective in the prevention of falls for patients with severe visual impairment (high level of evidence) and

among fallers (intermediate level). It is beneficial in preserving the autonomy in patients with a loss of autonomy (intermediate level of evidence). In all these situations, the beneficial interventions are conducted by an occupational therapist. Further studies are needed to clarify the risk-benefit on other criteria (mortality, independence, quality of life) and other patient populations such as those with Alzheimer disease or at high risk for falls. The adjustments made by other carers than occupational therapists remain to be evaluated.

Weber, A. (2015). "Des enquêtes nationales pour connaître l'aide apportée par les proches en raison d'un handicap ou d'un problème de santé." *Informations Sociales*(188): 44-52.

<https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2015-2-page-42.htm>

[BDSP. Notice produite par AHPDOC rAIAMR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Le rôle des non-professionnels dans l'aide apportée aux personnes malades ou handicapées est de mieux en mieux reconnu par les politiques publiques. Il fait aujourd'hui l'objet d'enquêtes spécifiques qui mettent en lumière son importance : parmi les six millions de ces personnes qui en France reçoivent une aide à domicile, neuf sur dix sont aidées par des proches, lesquels sont en majorité des membres de la famille et surtout des femmes. (R.A.).

2014

Burgerolle, A., Lavallart, B. et Mouisset, C. (2014). "Prise en charge à domicile des patients atteints de la maladie d'Alzheimer." *Actualité Et Dossier En Sante Publique*(86): 5-8.

<http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=143>

[BDSP. Notice produite par EHESP 8R0xsA9I. Diffusion soumise à autorisation]. Créées 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).

Buthion, V. et Gode, C. (2014). "The role played by relatives in coordinating the care pathway of ill persons." *Journal de Gestion et d'Economie Médicales* **32**(7-8): 501-519.

[BDSP. Notice produite par ORSRA I9R0xDIB. Diffusion soumise à autorisation]. La coordination des différentes tâches à accomplir au sein des équipes évoque une question fondatrice des théories du management et une préoccupation majeure pour le milieu médical. Dans ce domaine, la coordination est avant tout abordée comme une affaire de structures et de professionnels construisant des habitudes de travail devenant des "réflexes" au fil du temps. Pour autant, de nombreuses situations nécessitent une approche plus dynamique de la coordination, celle qui est "en train de se faire" et peut bousculer protocoles et structures. Il est intéressant d'adopter cette approche, dite "en pratique", de la coordination pour examiner la posture des proches, spécifique par rapport à celles des patients traités par les professionnels. Les proches représentent le tissu principal du soutien des personnes atteintes d'une maladie. Appelés "proches-aidants", ils sont conduits à devenir assistants de vie, soignants dans certaines circonstances particulières et/ou gardiens vigilants des signes de détérioration. Leur participation est indispensable à la coordination des parcours de soins des personnes malades. Leur rôle est pourtant peu étudié sous l'angle de la coordination "en pratique". Au moyen des résultats d'une étude menée sur les soins de supports en cancérologie, cet article interroge les pratiques de coordination développées par les proches-aidants dans le parcours de soins des personnes malades. Intégrer les proches dans leur caractère ambivalent, à la fois acteurs aidants, mais également personnes touchées

par les conséquences de la dégradation de la santé de leurs proches, est une étape fondamentale à un parcours de soins. (résumé auteur).

de Stampa, M., Vedel, I., Trouve, H., et al. (2014). "Multidisciplinary teams of case managers in the implementation of an innovative integrated services delivery for the elderly in France." BMC Health Serv Res **14**: 159.

BACKGROUND: The case management process is now well defined, and teams of case managers have been implemented in integrated services delivery. However, little is known about the role played by the team of case managers and the value in having multidisciplinary case management teams. The objectives were to develop a fuller understanding of the role played by the case manager team and identify the value of inter-professional collaboration in multidisciplinary teams during the implementation of an innovative integrated service in France. METHODS: We conducted a qualitative study with focus groups comprising 14 multidisciplinary teams for a total of 59 case managers, six months after their recruitment to the MAIA program (Maison Autonomie Integration Alzheimer). RESULTS: Most of the case managers saw themselves as being part of a team of case managers (91.5%). Case management teams help case managers develop a comprehensive understanding of the integration concept, meet the complex needs of elderly people and change their professional practices. Multidisciplinary case management teams add value by helping case managers move from theory to practice, by encouraging them develop a comprehensive clinical vision, and by initiating the interdisciplinary approach. CONCLUSIONS: The multidisciplinary team of case managers is central to the implementation of case management and helps case managers develop their new role and a core inter-professional competency.

Djaoui, E. (2014). Intervenir au domicile, Rennes : Presses de l'EHESP

[BDSP. Notice produite par EHESP tEqR0xF9. Diffusion soumise à autorisation]. Le domicile est historiquement l'un des lieux où se sont construites les pratiques du travail social actuel. Il est à la fois le lieu par excellence où l'individu exprime sa subjectivité et la cible de politiques publiques de plus en plus fines, qui en ont fait une catégorie de l'action publique. Les visées de ces politiques (accompagnement social, action éducative, soutien à la parentalité, thérapies psychiques et physiques, etc.) légitiment l'intervention de professionnels de plus en plus nombreux et spécialisés dans cet espace privé. Cependant, dans notre société hypermoderne, les pratiques et les usages de "l'habiter" prennent des formes inédites. En particulier, les limites entre sphère intime, espace privé et domaine public sont fortement remises en question. Par ailleurs, la lourdeur des problématiques présentées par les populations rend de plus en plus difficiles les réponses des professionnels. L'intervention au domicile est ainsi devenue complexe parce qu'elle est déterminée à la fois par les logiques des politiques sociales et médico-sociales, les usages de "l'habiter" des populations et les interactions entre professionnels et habitants, notamment dans leur dimension imaginaire. Dans cette troisième édition, entièrement revue et actualisée, Elian Djaoui répond aux questions essentielles que se posent les professionnels amenés à franchir le seuil d'un domicile.

Ennuyer, B. (2014). Repenser le maintien à domicile - 2e éd.: Enjeux, acteurs, organisation. Oaris : Dunod

Gand, S., Henaut, L. et Sardas, J. C. (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>

Pôle documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-soutien-a-domicile-des-personnes-handicapees-et-dependantes.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-soutien-a-domicile-des-personnes-handicapees-et-dependantes.epub

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.

Grobon, S. et Moriceau, C. (2014). "Les ménages aisés envisageraient plus souvent de déléguer la prise en charge de leur proche dépendant." Dossier Solidarité Santé (Drees)(57)

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE joR0xF9s. Diffusion soumise à autorisation]. Selon le Baromètre d'opinion de la Drees, si l'un de leurs proches parents devenait dépendant, huit enquêtés sur dix souhaiteraient le maintenir à domicile. Cette opinion très majoritaire masque des différences selon que l'enquêté appartient aux personnes les plus aisées (les 20% les plus riches) ou aux personnes aux revenus les plus faibles (les 20% les moins riches). De même, les Français n'expriment pas la même capacité à contribuer au financement de la dépendance selon leur situation financière. Parmi les plus aisés, huit Français sur dix déclarent être prêts à épargner davantage en prévision d'une situation de dépendance, contre six sur dix parmi les moins aisés. Les plus aisés sont également plus nombreux à se prononcer en faveur d'une cotisation "dépendance" obligatoire pour tous.

Grumillier, M. A. (2014). Evaluation du ressenti et des attentes des personnes âgées prises en charge par le Réseau de Santé du Sud Meusien. Nancy Université de Lorraine, Université de Lorraine. Nancy. FRA. **Thèse de Doctorat en Médecine**

<https://petale.univ-lorraine.fr/notice/view/univ-lorraine-ori-24985?lightbox=true>

L'organisation du système de santé français doit être reconsidérée afin de faire face aux défis socioéconomiques que constituent les besoins de la population âgée grandissante. Les réseaux de santé gériatriques représentent un élément majeur de la prise en charge globale et coordonnée que nécessite cette population. Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée pour explorer le ressenti et les attentes des personnes âgées vis à vis de la prise en charge effectuée par le Réseau de Santé du Sud Meusien et leurs perceptions sur l'éducation thérapeutique. Il a été mis en évidence le manque d'informations délivrées aux personnes âgées concernant les motifs de leur adhésion ainsi que la finalité de l'action du réseau mais souvent l'entrée dans le réseau se fait par le repérage d'une fragilité médicale et/ou sociale. Les apports et les difficultés de la prise en charge du réseau ont conforté la nécessité d'une coordination efficace entre les acteurs de santé et ont fait

émerger des nouvelles missions, notamment les moyens de lutter contre la solitude. La perception des personnes âgées sur leur environnement et leur santé a permis de définir leurs attentes dans le domaine de l'information et de l'éducation thérapeutique. L'amélioration de la médecine de parcours des personnes âgées nécessite une coordination efficace entre la médecine de ville et l'hôpital, et pourrait passer par les services de soins infirmiers à domicile comme élément de relais entre la proximité et le réseau, par la mobilisation des équipes médicales de terrain et par la formalisation du suivi du patient au moyen d'outils validés. La sensibilisation au vieillissement et à l'éducation thérapeutique des personnes âgées pourrait se concrétiser par la mise en place de séances collectives au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles, et nécessitent des formations et des financements adaptés.

Ishii, K. (2014). Système de prise en charge des personnes âgées dépendantes : une étude comparative entre la France et le Japon. Noisy-le-Grand IRES

http://www.ires.fr/images/files/EtudesAO/CFECGC/Rapport_CFECGC_personnes_agees_prises_en_charge_France_japon_2013.pdf

Cette étude analyse les systèmes de prise en charge à domicile des personnes âgées dépendantes au Japon et en France. En s'appuyant sur deux méthodes comparatives (comparaison institutionnelle et étude de cas-types), l'objectif est de caractériser les bases (notamment politiques) des différences entre ces deux systèmes et de mettre en exergue des similarités parfois fondamentales mais peu visibles. L'étude est constituée de trois parties. La première présente l'évolution démographique et retrace l'émergence des politiques concernant les personnes âgées dans les deux pays. La deuxième compare les principaux dispositifs d'un point de vue institutionnel à travers l'étude de quatre dimensions : le mode de financement, le critère d'accès, la nature de la prestation et l'organisation et la gestion. Finalement, une comparaison par les cas-types permet d'analyser l'impact des divers dispositifs en se plaçant du point de vue de l'utilisateur.

ORS (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. A 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.

2013

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.

[BDSP. Notice produite par FNG R0xr7D7. Diffusion soumise à autorisation]. 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.).

Gallois, F. (2013). "L'aide à domicile, parent pauvre du système de santé." Journal de Gestion et d'Economie Médicales **31**(1): 15-29

[BDSP. Notice produite par ORSRA Bm8r9R0x. Diffusion soumise à autorisation]. 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.

Guillemin, P. (2013). Vécu des aidants ayant à charge un proche en perte d'autonomie sévère à domicile : enquête départementale auprès de 971 aidants. **Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine**. Saint-Etienne : Université Jean Monnet :.33p.

Naiditch, M. (2013). "La politique d'aide aux aidants." Actualité Et Dossier En Sante 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).

2012

Atarodi, S., Berardi, A. M. et Pruski, A. (2012). "Orientation des personnes âgées vers les technologies d'assistance en France : le cas de la région Lorraine." Gérontologie Et Société(141): 13-26

[BDSP. Notice produite par FNG CAInR0x9. Diffusion soumise à autorisation]. La Lorraine manque de structures d'accueil et de personnels pour prendre en charge le suivi médicosocial des personnes âgées qui le nécessitent. Ce problème peut être résolu par la généralisation des technologies d'assistance. L'objectif de ce travail était de connaître les pratiques existant en Lorraine, comme exemple de région française, dans le domaine de la distribution et de l'attribution des technologies d'assistance. Les résultats suggèrent que les parcours d'accès aux technologies d'assistance et leur financement public diffèrent en fonction des départements, des localités et du premier interlocuteur sollicité. Cette diversité des parcours s'explique par une disparité des modes d'évaluation des besoins, ce qui est problématique en soi.

Belzile, L., Salles, M., Gagnon, D., et al. (2012). "L'élaboration de dispositifs de transversalisation professionnelle et organisationnelle pour le soutien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie." Gérontologie Et Société(142): 115-127.

[BDSP. Notice produite par FNG knHG9R0x. Diffusion soumise à autorisation]. Il est possible d'affirmer que la façon d'organiser les services pour les clientèles présentant des situations sociales et sanitaires complexes, dont les personnes âgées en perte d'autonomie, se transforme de telle sorte que nous sommes devant une bascule paradigmatique. Le présent article exposera quelques-uns des principes fondamentaux qui pèsent dans cette bascule, puis explorera leur mise en forme concrète à travers le déploiement de dispositifs intégrateurs favorisant les processus de transversalisation des actions professionnelles et organisationnelles. (R.A.).

Bloch, M. A., Hosking, A. S., Barreyre, J. Y., et al. (2012). "Les aidants informels." Vie Sociale(4)

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. Ce thème appelle un nombre considérable d'interrogations qui expliquent la multiplication récente de publications de toute nature sur les aidants. Le vieillissement de la population, la crise du système de protection sociale, la difficulté à traiter politiquement de la question de la dépendance au-delà de plans (Alzheimer, cancer.), la pression sociale visant la reconnaissance de l'aide informelle, la demande de formation et de professionnalisation constituent des éléments qui justifient la présente tentative d'y voir un peu plus clair dans ce numéro de Vie Sociale (4e de couverture.).

Caire, J. M., Morestin, F. et Schabaille, A. (2012). "Accompagner la transition épidémiologique. Les ergothérapeutes, des acteurs au soutien de la participation sociale de nos aînés." Gérontologie Et Société(142): 41-55

[BDSP. Notice produite par FNG ksR0xrl8. Diffusion soumise à autorisation]. Cet article a pour objectif de décrire l'évolution de la pratique des ergothérapeutes. Il s'appuie sur l'hypothèse que ce changement est lié en partie à la transition épidémiologique et à son impact sur l'évolution de la prise en compte des états chroniques par les systèmes de santé et de protection sociale. Ces deux facteurs engagent ces professionnels dans une mutation de leur pratique. Conscients de l'intérêt à porter à la participation sociale des personnes vieillissantes et âgées, les auteurs présentent la singularité de l'approche ergothérapique, son intérêt pour l'habitat et le contexte de vie de ces personnes ainsi que les outils et démarches d'évaluation mises en place. Enfin, ils montrent l'émergence des études auxquelles contribuent ces acteurs du soutien à domicile et de l'intérêt de porter un nouveau regard sur cette profession. (4e de couv.).

Collos, J. P. et Delomier, C. (2012). "Usage et non-usage des objets communicants dans le cadre du maintien à domicile. La relation des personnes âgées avec les TIC." Gérontologie Et Société(141): 41-55

[BDSP. Notice produite par FNG AEnCR0xE. Diffusion soumise à autorisation]. Les objets intégrant des TIC proposent de suppléer les déficiences des personnes âgées dépendantes maintenues à domicile, de les aider dans leur quotidien, de sécuriser leur environnement, d'informer et de rassurer leur entourage. La recherche "usage et non-usage des objets communicants" tente de comprendre les rapports que les personnes âgées entretiennent avec les objets qui les entourent, plus particulièrement avec les objets dits communicants. Cet article aborde certains des points traités dans cette recherche : la nature de l'objet communicant pour les personnes âgées, l'importance du lien social dans le rapport de l'individu à l'objet et la relation de l'individu à l'objet à partir des expressions objet chaud et objet froid. (R.A.).

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.

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.

Imbert, G., Ferrandez, A. M. et Querre, M. (2012). "Personnes en limitation d'autonomie à domicile et prévention. Les auxiliaires de vie acteurs de première ligne ? Résultats d'une recherche qualitative." *Gérontologie Et Société*: 163-171.

[BDSP. Notice produite par FNG sAR0xmsH. Diffusion soumise à autorisation]. Rhisaa (Recherche qualitative exploratoire sur les handicaps, les incapacités, la santé et l'aide pour l'autonomie), a notamment mis en évidence la place centrale des auxiliaires de vie dans l'accompagnement et le suivi des personnes en besoin d'aide à l'autonomie, quel que soit leur âge, et leur participation à des actions de prévention (notamment au cours des repas et des soins corporels réalisés lors de la toilette) auprès des bénéficiaires qu'elles accompagnent. Au-delà d'un besoin de reconnaissance lié à un flou identitaire, ces travaux ont permis d'identifier en particulier certaines insuffisances (formation, supervision et encadrement) pour que ces auxiliaires de vie soient des acteurs de prévention de première ligne à part entière. (R.A.).

Le Bihan, B. (2012). "The redefinition of the familialist home care model in France: the complex formalization of care through cash payment." *Health Soc Care Community* **20**(3): 238-246.

This article investigates the impact of policy measures on the organisation of home-based care for older people in France, by examining the balance between formal and informal care and the redefinition of the initial familialist model. It focuses on the specific cash for care scheme (the Allocation personnalisée d'autonomie - Personalised allowance for autonomy) which is at the core of the French home-based care policy. The author argues that in a redefined context of 'welfare mix', the French public strategy for supporting home-based care in France is articulated around two major objectives, which can appear contradictory. It aims to formalise a professional care sector, with respect to the employment policy while allowing the development of new forms of informal care, which cannot be considered to be formal employment. The data collection is two-fold. Firstly, a detailed analysis was made of different policy documents and public reports, together with a systematic review of existing studies. Secondly, statistical analysis on home-based care resources were collected, which was not easy, as home-care services for older people in France are part of a larger sector of activity, 'personal services' (services à la personne). The article exposes three main findings. First, it highlights the complexity of the formalisation process related to the introduction of the French care allowance and demonstrates that formalisation, which facilitates the recognition of care as work, does not necessarily mean professionalisation. Second, it outlines the diversity of the resources available: heterogeneous professional care, semi-formal forms of care work with the possibility to employ a relative and informal family care. Finally, the analysis outlines the importance of the regulation of cash payments on the reshaping of formal and informal care and comments on its impact on the redefinition of informal caring activities.

Levasseur, M., Larivière, N., Royer, N., et al. (2012). "Concordance entre besoins et interventions de participation des aînés recevant des services d'aide à domicile. Constats et défis d'une étude de cas réalisée au Québec." *Gérontologie Et Société*(143): 111-131

[BDSP. Notice produite par FNG R0xIGBGD. Diffusion soumise à autorisation]. Une étude canadienne récente (2011-2012) a permis d'explorer la concordance entre les besoins et les interventions de participation d'aînés en perte d'autonomie recevant des services d'aide à domicile. Les besoins non satisfaits concernent principalement les activités sociales (responsabilités, relations interpersonnelles, vie communautaire et loisirs) et certaines activités courantes (condition corporelle, habitation, déplacements). Plusieurs constats

permettent d'expliquer cette non-concordance qui limite la participation et l'empowerment des aînés fragilisés. (R.A.).

Paraponaris, A., Davin, B. et Verger, P. (2012). "Formal and informal care for disabled elderly living in the community: an appraisal of French care composition and costs." *Eur.J Health Econ* **13**(3): 327-336.

<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10198-011-0305-3>

OBJECTIVES: Choices between formal and informal care for disabled elderly people living at home are a key component of the long-term care provision issues faced by an ageing population. This paper aims to identify factors associated with the type of care (informal, formal, mixed or no care at all) received by the French disabled elderly and to assess the care's relative costs. **METHODS:** This paper uses data from a French survey on disability; the 3,500 respondents of interest lived at home, were aged 60 and over, had severe disability and needed help with activities of daily living. We use a multinomial probit model to determine factors associated with type of care. We also assess the cost of care with the help of the proxy good method. **RESULTS:** One-third of disabled elderly people receive no care. Among those who are helped, 55% receive informal, 25% formal, and 20% mixed care. Low socioeconomic status increases difficulties in accessing formal care. The estimated economic value of informal care is 6.6 billion euro [95% CI = 5.9-7.2] and represents about two-thirds of the total cost of care. **CONCLUSION:** Public policies should pay more attention to inequalities in access to community care. They also should better support informal care, through respite care or workplace accommodations (working hours rescheduling or reduction for instance) not detrimental for the career of working caregivers.

2011

Paraponaris, A. (2011). "Besoins d'aide et composition de l'aide reçue par les personnes âgées en domicile ordinaire. Une estimation à partir des enquêtes Handicap Santé Ménages et Handicap-Santé Aidants 2008." *Lettre Du Collège (La)*(1): 5-7.

http://www.ces-asso.org/docs/Let_CES_1-2011.pdf

La France vieillit. Le nombre et la part dans la population totale des personnes âgées de 60 ans et plus ne cessent d'augmenter : 12 millions (20,6% de la population totale) en 2000, 14 millions (22,7%) en 2010 et, d'après les prévisions récentes, 23,6 millions (32,1%) en 2060. Même si les gains d'espérance de vie sont en grande partie des gains d'espérance de vie sans incapacité, les populations arrivant aux grands âges font état de difficultés dans la réalisation des activités de la vie courante. Au sein de ces populations, certaines sont plus à risque de déclarer des besoins d'aide dans la réalisation de la vie quotidienne, notamment les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. Leur nombre a été estimé à 850 000 ; il devrait plus que doubler d'ici 2050 (tiré de l'introduction).

Soulier, N. et Weber, A. (2011). "L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile." *Etudes Et Résultats (Drees)*(771)

<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er771.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 7q89R0xF. Diffusion soumise à autorisation]. 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

Le Bihan-Youinou, B. (2010). "La prise en charge des personnes âgées dépendantes en France. Vers la création d'un cinquième risque ?" *Informations Sociales* **157**(1): 124-133.

<https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2010-1-page-124.htm>

Résumé La dépendance est définie, en France, comme la difficulté à accomplir seul les actes de la vie courante. S'il existe une diversité de dispositifs, qui, d'une manière ou d'une autre, contribuent au soutien des personnes âgées dites dépendantes, la principale mesure consiste dans le paiement d'une prestation financière, créée en 1997 sous le nom de « prestation spécifique dépendance » et rebaptisée « allocation personnalisée d'autonomie » en 2002. L'article vise à retracer l'histoire de la politique ainsi élaborée en s'interrogeant sur les étapes de sa mise en œuvre et sur ses orientations successives. L'annonce par le gouvernement de la création d'un Ve risque – le risque dépendance – relance aujourd'hui la question de la possibilité de créer un modèle de prestation assurantiel, option abandonnée dans les années 1990 au moment de la création d'un dispositif en faveur des personnes âgées dépendantes.

ÉTUDES : EUROPE

2020

Sacco, L. B., Koning, S. et Westerlund, H. (2020). Informal caregiving and quality of life among older adults: Prospective analyses from the Swedish Longitudinal Occupational Survey of Health (SLOSH)

<https://osf.io/download/5e3834e8fa39b701541db6c6/>

Providing unpaid informal care to someone who is ill or disabled is a common experience in later life. While a supportive and potentially rewarding role, informal care can become a time and emotionally demanding activity, which may hinder older adults' quality of life. In a context of rising demand for informal carers, we investigated how caregiving states and transitions are linked to overall levels and changes in quality of life, and how the relationship varies according to care intensity and burden. We use fixed effects and change analyses to examine six-wave panel data (2008–2018) from the Swedish Longitudinal Occupational Survey of Health (SLOSH, n=5076; ages 50–74). The CASP-19 scale is used to assess both positive and negative aspects of older adults' quality of life. Caregiving was related with lower levels of quality of life in a graded manner, with those providing more weekly hours and reporting greater burden experiencing larger declines. Two-year transitions corresponding to starting, ceasing and continuing care provision were associated with lower levels of quality of life,

compared to continuously not caregiving. Starting and ceasing caregiving were associated with negative and positive changes in quality of life score, respectively, suggesting that cessation of care leads to improvements despite persistent lower overall levels of quality of life. Measures to reduce care burden or time spent providing informal care are likely to improve the quality of life of older people.

2019

Abrahamsen, S. A. et Grotting, M. W. (2019). Formal Care of the Elderly and Health Outcomes Among Adult Daughters. *Working papers in Economics ;2/19*. Bergen University of Bergen

Health-care expenditures and the demand for caregiving are increasing concerns for policy makers. Although informal care to a certain extent may substitute for costly formal care, providing informal care may come at a cost to caregivers in terms of their own health. However, evidence of causal effects of care responsibilities on health is limited, especially for long-term outcomes. In this paper, we estimate long-term effects of a formal care expansion for the elderly on the health of their middle-aged daughters. We exploit a reform in the federal funding of formal care for Norwegian municipalities that caused a greater expansion of home care provision in municipalities that initially had lower coverage rates. We find that expanding formal care reduced sickness absence in the short run, primarily due to reduced absences related to musculoskeletal and psychological disorders. In general, we find no effects on long-term health outcomes.

Forder, J., Gousia, K. et Saloniki, E.-C. (2019). "The impact of long-term care on primary care doctor consultations for people over 75 years." *The European Journal of Health Economics* **20**(3): 375-387.

<https://doi.org/10.1007/s10198-018-0999-6>

Many countries are adopting policies to create greater coordination and integration between acute and long-term care services. This policy is predicated on the assumption that these service areas have interdependent outcomes for patients. In this paper, we study the interdependencies between the long-term (home care) services and consultations with a primary care doctor, as used by people over 75 years. Starting with a model of individual's demand for doctor consultations, given supply, we formalize the hypothesis that exogenous increases to home care supply will reduce the number of consultations where these services are technical substitutes. Furthermore, greater coordination of public service planning and use of pooled budgets could lead to better outcomes because planners can account for these externalities. We test our main hypothesis using data from the British Household Panel Study for 1991–2009. To address potential concerns about endogeneity, we use a set of instrumental variables for home care motivated by institutional features of the social care system. We find that there is a statistically significant substitution effect between home care and doctor visits, which is robust across a range of specifications. This result has implications for policies that consider increased coordination between health care and social care systems.

Mendoza-Alonzo, J., Zayas-Castro, J. et Charkhgard, H. (2019). "Office-based and home-care for older adults in primary care: A comparative analysis using the Nash bargaining solution." *Socio-Economic Planning Sciences*.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0038012118303203>

Three care delivery settings are compared in this study: office-based care, home-care, and mixed-care, i.e., office-based care combined with home-care, in solo, small, medium, and large primary care practices. The objective of this paper is to identify which of these settings better achieves the secondary goals of the so-called quadruple aim, i.e., reducing costs, improving the patient experience, and improving the physician experience. A multi-objective integer programming formulation is developed to capture the elements of strategic health care planning. The formulation considers the minimization of four objective functions: the total cost of care workers, the total number of care workers, the total rejected demand and unsatisfied preferred care location, and the total panel size of the providers. Instead of computing the entire Pareto frontier, we used the Nash bargaining solution to determine a single Pareto optimal solution for the problem. The approach was tested using real world instances, which can be adjusted to any specific primary care practice. The numerical results show that none of the settings provides the smallest values in all objective functions. The choice of a setting for a primary care practice depends on the secondary goals that the practice desires to emphasize, and, in most cases, it is independent of the type of practice size. For the analyzed instances, a calculated overall score for each setting determined that, on average, the settings based on home-care strengthen the achievement of the secondary goals of the quadruple aim more so than in comparison to the office-based physician settings.

2018

Abendstern, M., Hughes, J., Jasper, R., et al. (2018). "Care co-ordination for older people in the third sector: scoping the evidence." *Health Soc Care Community* **26**(3): 314-329.

The third sector has played a significant role internationally in the delivery of adult social care services for many years. Its contribution to care co-ordination activities for older people, however, in England and elsewhere, is relatively unknown. A scoping review was therefore conducted to ascertain the character of the literature, the nature and extent of third sector care co-ordination activity, and to identify evidence gaps. It was undertaken between autumn 2013 and summer 2014 and updated with additional searches in 2016. Electronic and manual searches of international literature using distinct terms for different approaches to care co-ordination were undertaken. From a total of 835 papers, 26 met inclusion criteria. Data were organised in relation to care co-ordination approaches, types of third sector organisation and care recipients. Papers were predominantly from the UK and published this century. Key findings included that: a minority of literature focused specifically on older people and that those doing so described only one care co-ordination approach; third sector services tended to be associated with independence and person-centred practice; and working with the statutory sector, a prerequisite of care co-ordination, was challenging and required a range of features to be in place to support effective partnerships. Strengths and weaknesses of care co-ordination practice in the third sector according to key stakeholder groups were also highlighted. Areas for future research included the need for: a specific focus on older people's experiences; an investigation of workforce issues; detailed examination of third sector practices, outcomes and costs; interactions with the statutory sector; and an examination of quality assurance systems and their appropriateness to third sector practice. The main implication of the findings is a need to nurture variety within the third sector in order to provide older people and other adults with the range of service options desired.

Anker-Hansen, C., Skovdahl, K., McCormack, B., et al. (2018). "The third person in the room: The

Pôle documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

Page 249 sur 365

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-soutien-a-domicile-des-personnes-handicapees-et-dependantes.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-soutien-a-domicile-des-personnes-handicapees-et-dependantes.epub

needs of care partners of older people in home care services-A systematic review from a person-centred perspective." *J Clin Nurs* **27**(7-8): e1309-e1326.

AIMS AND OBJECTIVES: To identify and synthesise the needs of care partners of older people living at home with assistance from home care services. **BACKGROUND:** "Ageing in place" is a promoted concept where care partners and home care services play significant roles. Identifying the needs of care partners and finding systematic ways of meeting them can help care partners to cope with their role. **DESIGN/METHODS:** This study is based on the PRISMA reporting guidelines. The systematic review of qualitative and quantitative studies was guided by the Joanna Briggs Institute methodology. **RESULTS:** In total, 16 studies were included in the review, eleven qualitative and five quantitative. Three main categories were revealed in the analysis: the need for quality interaction, the need for a shared approach to care and the need to feel empowered. **CONCLUSION:** Care partners of older people have several, continuously unmet needs. A person-centred perspective can contribute new understandings of how to meet these needs. A knowledge gap has been identified regarding the needs of care partners of older people with mental health problems. There is a need to develop a tool for systematic collaboration between home care services and care partners, so that the identified needs can be met in a more thorough, systematic and person-centred way. **RELEVANCE TO CLINICAL PRACTICE:** The carers in home care services need competence to identify and meet the needs of care partners. The implementation of person-centred values in home care services can contribute to meet the needs of care partners to a greater extent than today. Future research on the needs of care partners of older people with mental health problems needs to be undertaken.

Famira-Muhlberger, U. (2018). "Die Rolle der 24-Stunden-Betreuung im österreichischen System der Altenpflege. (The Role of the 24-Hour Care Model in the Austrian Elderly Care System. With English summary.)" *Wirtschaftspolitische Blätter* **65**(1): 101-115.

Until 2050 public expenditures for long-term care will be rising considerably, mainly due to demographic developments. WIFO projections show an expected increase of expenditures for the long-term care allowance of 67% between 2015 and 2050 and of 360% for long-term care services. Through direct and indirect economic interlinkages, expenditures on long-term care services generate tax revenues and social insurance contributions of about 70% of the expenditures and generated employment for about 115,000 persons in 2015. To relieve expenditures for the cost-intensive inpatient care--but also to fulfill the wishes of patients--mobile care has been strengthened, 24-hour care has been legalized, and a financial support has been established in 2007, which has been increasingly used since then. In 2017, on average, 25,300 persons have received financial support for 24-hour care. Despite the fact that the 24-hour care can only be a substitute for inpatient care to a limited extent, there are hints that it can at least delay the use of inpatient care. However, in order that the 24-hour care can be a sustainable model, further quality-securing and quality-enhancing measures with effective control structures are necessary.

Fuino, M. et Wagner, J. (2018). "Long-Term Care Models and Dependence Probability Tables by Acuity Level: New Empirical Evidence from Switzerland." *Insurance: Mathematics and Economics* **81**: 51-70.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.insmatheco.2018.05.002>

Due to the demographic changes and population aging occurring in many countries, the financing of long-term care (LTC) poses a systemic threat. The scarcity of knowledge about the probability of an elderly person needing help with activities of daily living has hindered

the development of insurance solutions that complement existing social systems. In this paper, we consider two models: a frailty level model that studies the evolution of a dependent person through mild, moderate, and severe dependency states to death and a type of care model that distinguishes between care received at home and care received in an institution. We develop and interpret the expressions for the state- and time-dependent transition probabilities in a semi-Markov framework. Then, we empirically assess these probabilities using a novel longitudinal dataset covering all LTC needs in Switzerland over a 20-year period. As a key result, we are the first to derive dependence probability tables by acuity level, gender, and age for the Swiss population. We find that the transition probabilities differ significantly by gender, age, and time spent in the frailty level and type of care states.

Giacomini, A. et Lefebvre, P.-O. (2018). "Spécificités françaises de la démarche Villes amies des aînés : une dynamique politique soutenue par le Réseau francophone." *Retraite et Société* **79**(1): 137-146.

<https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2018-1-page-137.htm>

Une fois les territoires mieux définis dans notre premier volet, il nous faut maintenant étudier les enjeux de l'adaptation des territoires au vieillissement. Ce numéro consacre notamment plusieurs articles à l'analyse de la démarche Villes amies des aînés (VADA) lancée il y a une dizaine d'années par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), avec les exemples de la France, du Québec et de Barcelone. Si le programme connaît des adaptations en fonction des territoires, il témoigne d'une constante : celle de redonner à tous les aînés leur pleine place de citoyens. En outre, il n'efface pas d'autres méthodologies où l'action communautaire joue aussi un rôle pivot. Mais les politiques publiques, bien qu'elles favorisent la participation des personnes âgées à la vie de la cité, ne parviennent pas à combler pleinement les inégalités : géographiques, avec notamment des disparités d'accès aux services de la vie quotidienne entre villes ou pôles urbains et milieu rural ; sociales, avec une moindre inclusion des aînés en perte d'autonomie fonctionnelle.

Kayyali, R., Gebara, S. N., Hesso, I., et al. (2018). "Shared decision making and experiences of patients with long-term conditions: has anything changed?" *BMC Health Serv Res* **18**(1): 763.

BACKGROUND: Medication problems among patients with long-term conditions (LTCs) are well documented. Measures to support LTC management include: medicine optimisation services by community pharmacists such as the Medicine Use Review (MUR) service in England, implementation of shared decision making (SDM), and the availability of rapid access clinics in primary care. This study aimed to investigate the experience of patients with LTCs about SDM including medication counselling and their awareness of community pharmacy medication review services. **METHODS:** A mixed research method with a purposive sampling strategy to recruit patients was used. The quantitative phase involved two surveys, each requiring a sample size of 319. The first was related to SDM experience and the second to medication counselling at discharge. Patients were recruited from medical wards at St. George's and Croydon University Hospitals. The qualitative phase involved semi-structured interviews with 18 respiratory patients attending a community rapid access clinic. Interviews were audio-recorded and transcribed verbatim. Thematic analysis using inductive/deductive approaches was employed. Survey results were analysed using descriptive statistics. **RESULTS:** The response rate for surveys 1 and 2 survey was 79% (n = 357/450) and 68.5% (240/350) respectively. Survey 1 showed that although 70% of patients had changes made to their medications, only 40% were consulted about them and two-thirds (62.2%) wanted to be involved in SDM. In survey 2, 37.5% of patients thought that medication counselling could be

improved. Most patients (88.8%) were interested in receiving the MUR service; however 83% were not aware of it. The majority (57.9%) were interested in receiving their discharge medications from community pharmacies. The interviews generated three themes; lack of patient-centered care and SDM, minimal medication counselling provided and lack of awareness about the MUR service. CONCLUSION: Although patients wanted to take part in SDM, yet SDM and medication counselling are not optimally provided. Patients were interested in the MUR service; however there was lack of awareness and referral for this service. The results propose community pharmacy as a new care pathway for medication supply and counselling post discharge. This promotes a change of health policy whereby community-based services are used to enhance the performance of acute hospitals.

Ludecke, 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): e0195294.

OBJECTIVES: 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. METHODS: Analyses are based on data from the EUROFAMCARE project, a longitudinal survey study of family carers of older people with baseline data collection in 2004 and follow-up data collection a year later in six European countries (Germany, Greece, Italy, Poland, Sweden, and the United Kingdom), N = 3,348. Descriptive statistics of the sample characteristics are reported. Binary logistic random-intercept regressions were computed, predicting the outcome of change of the care dyad's status at follow-up. RESULTS: Where care is provided by a more distant family member or by a friend or neighbour, the care-recipient is significantly more likely to be cared for by someone else (OR 1.62) or to be in residential care (OR 3.37) after one year. The same holds true if the care-recipient has memory problems with a dementia diagnosis (OR 1.79/OR 1.84). Higher dependency (OR 1.22) and behavioural problems (OR 1.76) in the care-recipient also lead to a change of care dyad status. Country of residence explained a relatively small amount of variance (8%) in whether a care-recipient was cared for by someone else after one year, but explained a substantial amount of variance (52%) in whether a care-recipient was in residential care. Particularly in Sweden, care-recipients are much more likely to be cared for by another family or professional carer or to be in residential care, whereas in Greece the status of the care dyad is much less likely to change. DISCUSSION: The majority of family carers continued to provide care to their respective older relatives over a one-year period, despite often high levels of functional, cognitive and behavioural problems in the care-recipient. Those family carers could benefit most from appropriate support. The carer/care-recipient relationship plays an important role in whether or not a family care dyad remains intact over a one-year period. The support of health and social care services should be particularly targeted toward those care dyads where there is no partner or spouse acting as carer, or no extended family network that might absorb the caring role when required. Distant relatives, friends or acquaintances who are acting as carers might need substantial intervention if their caregiving role is to be maintained.

McGilton, K. S., Vellani, S., Yeung, L., et al. (2018). "Identifying and understanding the health and social care needs of older adults with multiple chronic conditions and their caregivers: a scoping review." *BMC Geriatr* **18**(1): 231.

BACKGROUND: As the population is aging, the number of persons living with multiple chronic conditions (MCC) is expected to increase. This review seeks to answer two research questions from the perspectives of older adults with MCC, their caregivers and their health care providers (HCPs): 1) What are the health and social care needs of community-dwelling older adults with MCC and their caregivers? and 2) How do social and structural determinants of health impact these health and social care needs? **METHODS:** We conducted a scoping review guided by a refinement of the Arksey & O'Malley framework. Articles were included if participants were 55 years or older and have at least two chronic conditions. We searched 7 electronic databases. The data were summarized using thematic analysis. **RESULTS:** Thirty-six studies were included in this review: 28 studies included participants with MCC; 12 studies included HCPs; 5 studies included caregivers. The quality of the studies ranged from moderate to good. Five main areas of needs were identified: need for information; coordination of services and supports; preventive, maintenance and restorative strategies; training for older adults, caregivers and HCPs to help manage the older adults' complex conditions; and the need for person-centred approaches. Structural and social determinants of health such as socioeconomic status, education and access influenced the needs of older adults with MCC. **CONCLUSION:** The review highlights that most of the needs of older adults with MCC focus on lack of access to information and coordination of care. The main structural and social determinants that influenced older adults' needs were their level of education/health literacy and their socioeconomic status.

Mittinty, M. M., Marshall, A. et Harvey, G. (2018). "What integrated care means from an older person's perspective? A scoping review protocol." *BMJ Open* **8**(3): e019256.

INTRODUCTION: According to the 2013 WHO Global Forum on Innovation for Ageing Populations, disabilities and morbidities associated with ageing could be minimised by accessing preventive care. One way of improving the management of multimorbidity in the older population is through the provision of 'integrated care'. Although integrated care means different things to different people, it typically symbolises continuity in care, thus preventing older patients' from falling through gaps in the health care system. Many initiatives have attempted to improve the integration of care; however, these are typically designed from a particular policy or system perspective. Relatively little is known about patient expectations and experiences of integrated care, which is vital for developing and implementing better models of care. The proposed scoping review aims to map literature on older patients' views, expectations, experiences and perspectives of integrated care. **METHODS AND ANALYSIS:** Multiple electronic databases including PubMed, Web of Science, Embase, PsychInfo, Google Scholar, Cochrane Library, CINAHL and ProQuest Dissertations will be searched for appropriate articles between August and December 2017. Reference lists of selected articles will also be searched for similar articles. Two experienced researchers will conduct an initial search of the literature to identify relevant articles. Abstracts of the identified articles will be reviewed collectively by two researchers to identify potential further studies. Full texts of the potential studies will be sourced and screened for the inclusion criteria. Appropriate qualitative and quantitative methods will be used to extract data from each included study. **ETHICS AND DISSEMINATION:** The scoping review will synthesise findings from studies reporting on patients' views and expectations of integrated care. This review expects to find information relating to facilitators and barriers of integrated care from an older person's perspective. The findings from the review will be applied when working with stakeholders representing older people, healthcare, aged care and community providers, researchers and policy makers to develop and evaluate a more locally tailored and person-centred approach to integrated care.

Morrisby, C., Joosten, A. et Ciccarelli, M. (2018). "Do services meet the needs of people with dementia and carers living in the community? A scoping review of the international literature." *Int Psychogeriatr* **30**(1): 5-14.

BACKGROUND: Providing effective support to the increasing number of people with dementia to remain at home is a challenge for families, health professionals, service providers, and governments worldwide. The aim of this paper was to summarize and disseminate the current international research evidence on the met and unmet needs of people with dementia and their carers, to inform researchers and policy-makers. **METHOD:** A scoping review methodology was used to guide a search of studies published between 2004 and 2015 using specified search terms; 27 studies relevant to the aim were included. A constant comparison approach was used to thematically analyze the data. **RESULTS:** Holistic needs encompassing basic human survival, medical, financial, and social needs were experienced by people with dementia and carers, regardless of country or methodology used to collect data. A gap was identified frequently between what was needed and the supports that were received; this gap encompassed quantity, quality, and flexibility of services underpinned by service delivery models. **CONCLUSION:** The needs of people with dementia and their carers were diverse and not always effectively met by the services designed to support them. Recommendations are offered to service providers, policy-makers, and researchers to support more effective service provision tailored to meet the needs of people with dementia and their carers while they are living in the community.

Pench, A. (2018). "Intra Generational Solidarity and Long Term Care: A Role for In Kind Transfers." *Economia Pubblica* **45**(1): 35-57.

This paper is focused on kind transfers targeted at old people in need of long term care: it is assumed that they live with their children who provide them health care: the amount of health care is determined by free public provision, by additional professional care bought in the market or by informal care directly given by the children in terms of leisure. Then it deals with the implementation of a policy consisting of an increase in free professional care compensated by an equal reduction in pensions: the particular financing scheme can be motivated by a sort of intra generational solidarity. The proposed policy has the additional goal to promote a substitution of professional care for informal care in order to increase overall labour supply. Conditions assuring a positive change in public budget and in social welfare are derived: they depend by the mutual interaction of a number of economic, medical and demographic parameters: among others, household net wage rate, the ratio between income and indirect tax rates and the structure of older population.

Pérez Salanova, M. et Verdaguer Mata, M. (2018). "Comment impliquer des aînés en perte d'autonomie fonctionnelle ? Le cas de Barcelone." *Retraite et Société* **79**(1): 61-81.
<https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2018-1-page-61.htm>

Dans cet article, nous nous appuyons sur l'évolution des expériences de participation des personnes âgées à Barcelone pour mettre en lumière la volonté d'inclusion de la diversité des parcours de vieillissement, notamment ceux des aînés en perte d'autonomie fonctionnelle, dans les dispositifs participatifs locaux. Nous montrons comment ce processus s'est construit pas à pas afin d'aboutir, récemment et pour la première fois, à l'inclusion de ces publics en tant que participants et citoyens à part entière. À travers ce cheminement, nous analysons le rôle de la construction des subjectivités des personnes âgées ayant un besoin de soins continus dans leur participation (ou manque de participation) citoyenne.

Pour cela, nous faisons l'hypothèse que certains cadres d'action publique et de pratiques de participation, ayant un caractère homogénéisateur, peuvent mener à une simplification du soi des personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle, ce qui peut ainsi entraîner un manque de reconnaissance de leur agency et donc freiner leur participation. Nous abordons également la manière dont le changement dans la conception de la participation peut entraîner des dynamiques plus inclusives, et nous verrons comment la démarche Villes amies des aînés (VADA) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), instaurée à Barcelone, a favorisé une telle évolution et une meilleure prise en compte de ces publics.

Rechel, B., Spasova, S., Baeten, R., et al. (2018). "Community health services." *Eurohealth* 24(4): 44. http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/391406/EuroHealth_v24n4_Web_09.Jan.2019.pdf

The 2018 winter issue of Eurohealth presents an expansive collection of articles spanning the delivery of various community level services, increasing health coverage, and policy reforms aimed at health system strengthening. Eurohealth Observer - Hub and spoke dispensing models for community, Challenges in long-term care in Europe; Eurohealth International - Person-centred tuberculosis prevention in Eastern Europe and Central Asia, Advertising dental services; Eurohealth Systems and Policies - Austria: Increasing ambulatory care, Bulgaria: Hospital sector reforms, Spain: Health coverage after the economic crisis, Georgia: the Universal Health Care Programme, Kyrgyz Republic: Health strategy preparation, Sweden: subsidy for spectacles for children and adolescents; and Eurohealth Monitor.

Safstrom, E., Jaarsma, T. et Stromberg, A. (2018). "Continuity and utilization of health and community care in elderly patients with heart failure before and after hospitalization." *BMC Geriatr* 18(1): 177.

BACKGROUND: The period after hospitalization due to deteriorated heart failure (HF) is characterized as a time of high generalized risk. The transition from hospital to home is often problematic due to insufficient coordination of care, leading to a fragmentation of care rather than a seamless continuum of care. The aim was to describe health and community care utilization prior to and 30 days after hospitalization, and the continuity of care in patients hospitalized due to de novo or deteriorated HF from the patients' perspective and from a medical chart review. **METHODS:** This was a cross-sectional study with consecutive inclusion of patients hospitalized at a county hospital in Sweden due to deteriorated HF during 2014. Data were collected by structured telephone interviews and medical chart review and analyzed with the Spearman's rank correlation coefficient and Chi square. A P value of 0.05 was considered significant. **RESULTS:** A total of 121 patients were included in the study, mean age 82.5 (+/-6.8) and 49% were women. Half of the patients had not visited any health care facility during the month prior to the index hospital admission, and 79% of the patients visited the emergency room (ER) without a referral. Among these elderly patients, a total of 40% received assistance at home prior to hospitalization and 52% after discharge. A total of 86% received written discharge information, one third felt insecure after hospitalization and lacked knowledge of which health care provider to consult with and contact in the event of deterioration or complications. Health care utilization increased significantly after hospitalization. **CONCLUSION:** Most patients had not visited any health care facility within 30 days before hospitalization. Health care utilization increased significantly after hospitalization. Flaws in the continuity of care were found; even though most patients received written information at discharge, one third of the patients lacked knowledge about which health care provider to contact in the event of deterioration and felt insecure at home after discharge.

Scheepmans, K., Dierckx de Casterle, B., Paquay, L., et al. (2018). "Restraint use in older adults in home care: A systematic review." *Int J Nurs Stud* **79**: 122-136.

OBJECTIVES: To get insight into restraint use in older adults receiving home care and, more specifically, into the definition, prevalence and types of restraint, as well as the reasons for restraint use and the people involved in the decision-making process. **DESIGN:** Systematic review. **DATA SOURCES:** Four databases (i.e. Pubmed, CINAHL, Embase, Cochrane Library) were systematically searched from inception to end of April 2017. **REVIEW METHODS:** The study encompassed qualitative and quantitative research on restraint use in older adults receiving home care that reported definitions of restraint, prevalence of use, types of restraint, reasons for use or the people involved. We considered publications written in English, French, Dutch and German. One reviewer performed the search and made the initial selection based on titles and abstracts. The final selection was made by two reviewers working independently; they also assessed study quality. We used an integrated design to synthesise the findings. **RESULTS:** Eight studies were reviewed (one qualitative, seven quantitative) ranging in quality from moderate to high. The review indicated there was no single, clear definition of restraint. The prevalence of restraint use ranged from 5% to 24.7%, with various types of restraint being used. Families played an important role in the decision-making process and application of restraints; general practitioners were less involved. Specific reasons, other than safety for using restraints in home care were noted (e.g. delay to nursing home admission; to provide respite for an informal caregiver). **CONCLUSIONS:** Contrary to the current socio demographical evolutions resulting in an increasing demand of restraint use in home care, research on this subject is still scarce and recent. The limited evidence however points to the challenging complexity and specificity of home care regarding restraint use. Given these serious challenges for clinical practice, more research about restraint use in home care is urgently needed.

Van Eenoo, L., van der Roest, H., Onder, G., et al. (2018). "Organizational home care models across Europe: A cross sectional study." *Int J Nurs Stud* **77**: 39-45.

BACKGROUND: Decision makers are searching for models to redesign home care and to organize health care in a more sustainable way. **OBJECTIVES:** The aim of this study is to identify and characterize home care models within and across European countries by means of structural characteristics and care processes at the policy and the organization level. **DATA SOURCES:** At the policy level, variables that reflected variation in health care policy were included based on a literature review on the home care policy for older persons in six European countries: Belgium, Finland, Germany, Iceland, Italy, and the Netherlands. At the organizational level, data on the structural characteristics and the care processes were collected from 36 home care organizations by means of a survey. Data were collected between 2013 and 2015 during the IBenC project. **STUDY DESIGN:** An observational, cross sectional, quantitative design was used. The analyses consisted of a principal component analysis followed by a hierarchical cluster analysis. **RESULTS:** Fifteen variables at the organizational level, spread across three components, explained 75.4% of the total variance. The three components made it possible to distribute home care organizations into six care models that differ on the level of patient-centered care delivery, the availability of specialized care professionals, and the level of monitoring care performance. Policy level variables did not contribute to distinguishing between home care models. **CONCLUSIONS:** Six home care models were identified and characterized. These models can be used to describe best practices.

van Noort, O., Schotanus, F., van de Klundert, J., et al. (2018). "Explaining regional variation in home care use by demand and supply variables." *Health Policy* **122**(2): 140-146.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851017301252>

In the Netherlands, home care services like district nursing and personal assistance are provided by private service provider organizations and covered by private health insurance companies which bear legal responsibility for purchasing these services. To improve value for money, their procurement increasingly replaces fee-for-service payments with population based budgets. Setting appropriate population budgets requires adaptation to the legitimate needs of the population, whereas historical costs are likely to be influenced by supply factors as well, not all of which are necessarily legitimate. Our purpose is to explain home care costs in terms of demand and supply factors. This allows for adjusting historical cost patterns when setting population based budgets. Using expenses claims of 60 Dutch municipalities, we analyze eight demand variables and five supply variables with a multiple regression model to explain variance in the number of clients per inhabitant, costs per client and costs per inhabitant. Our models explain 69% of variation in the number of clients per inhabitant, 28% of costs per client and 56% of costs per inhabitant using demand factors. Moreover, we find that supply factors explain an additional 17–23% of variation. Predictors of higher utilization are home care organizations that are integrated with intramural nursing homes, higher competition levels among home care organizations and the availability of complementary services.

Yadegarfar, M. E., Jagger, C., Duncan, R., et al. (2018). "Use of primary care and other healthcare services between age 85 and 90 years: longitudinal analysis of a single-year birth cohort, the Newcastle 85+ study." *BMJ Open* **8**(1): e019218.

OBJECTIVE: To describe, using data from the Newcastle 85+ cohort study, the use of primary care and other healthcare services by 85-year-olds as they age. **DESIGN:** Longitudinal population-based cohort study. **SETTING:** Newcastle on Tyne and North Tyneside, UK. **PARTICIPANTS:** Community dwelling and institutionalised men and women recruited through general practices (n=845, 319 men and 526 women). **RESULTS:** Contact was established with 97% (n=1409/1459) of eligible 85-year-olds, consent obtained from 74% (n=1042/1409) and 851 agreed to undergo the multidimensional health assessment and a general practice medical records review. A total of 845 participants had complete data at baseline for this study (319 male, 526 female), with 344 (118 male, 226 female) reinterviewed at 60 months. After adjusting for confounders, all consultations significantly increased over the 5 years (incidence rate ratio, IRR=1.03, 95% CI 1.01 to 1.05, P=0.001) as did general practitioner (GP) consultations (IRR=1.03, 95% CI 1.01 to 1.05, P=0.006). Significant increases were also observed in inpatient and day hospital use over time, though these disappeared after adjustment for confounders. **CONCLUSIONS:** Our study of primary, secondary and community care use by the very old reveals that, between the ages of 85 and 90 years, older people are much more likely to consult their GP than any other primary healthcare team members. With a rapidly ageing society, it is essential that both current and future GPs are appropriately skilled, and adequately supported by specialist colleagues, as the main healthcare provider for a population with complex and challenging needs.

2017

Bremer, P., Challis, D., Hallberg, I. R., et al. (2017). "Informal and formal care: Substitutes or complements in care for people with dementia? Empirical evidence for 8 European

countries." Health Policy **121**(6): 613-622.

BACKGROUND: In order to contain public health care spending, European countries attempt to promote informal caregiving. However, such a cost reducing strategy will only be successful if informal caregiving is a substitute for formal health care services. We therefore analyze the effect of informal caregiving for people with dementia on the use of several formal health care services. **STUDY DESIGN:** The empirical analysis is based on primary data generated by the EU-project 'RightTimePlaceCare' which is conducted in 8 European countries. 1223 people with dementia receiving informal care at home were included in the study. **METHODS:** Using a regression framework we analyze the relationship between informal care and three different formal health care services: the receipt of professional home care, the number of nurse visits and the number of outpatient visits. **RESULTS:** The relationship between formal and informal care depends on the specific type of formal care analyzed. For example, a higher amount of informal caregiving goes along with a lower demand for home care services and nurse visits but a higher number of outpatient visits. **CONCLUSION:** Increased informal caregiving effectively reduces public health care spending by reducing the amount of formal home care services. However, these effects differ between countries.

Brenna, E. et Gitto, L. (2017). "Long-Term Care and Elderly Care in Europe: Are They Good Synonyms?" Rivista Internazionale di Scienze Sociali **125**(3): 297-314.

There is a general consensus, in Europe, in considering LTC public financing as a proxy of the resources committed to elderly care by each Government; the preciseness of this approximation depends on the extent to which LTC is representative of elderly care. We investigate this issue by estimating the resources spent on elderly LTC in Lombardy, an Italian region which, in terms of population, dimension, health care organization and economic development, could be compared to many European countries. Results highlight the absence of an appropriate method for assessing LTC elderly expenditure and suggest that the latter, as reported in international comparisons, is actually overestimated.

Casanova, G., Lamura, G. et Principi, A. (2017). "Valuing and Integrating Informal Care as a Core Component of Long-Term Care for Older People: A Comparison of Recent Developments in Italy and Spain." J Aging Soc Policy **29**(3): 201-217.

The international long-term care (LTC) debate has recently been focusing on how to strengthen home care provision. In this regard, a major role has been played by informal care and how to best integrate it in a holistic care approach. Italy and Spain, usually labeled as "familialist" or "family-based" care models, have been promoting national reforms or actions to support the integration of "informal" actors into the overall LTC system. Through a comparative review of recent trends observed in the two care regimes, this article aims at contributing to improve our cross-national understanding of how LTC is changing across Europe, identifying the basic approaches adopted in Italy and Spain and highlighting both their strengths and drawbacks.

Eggink, E., Ras, M. et Woittiez, I. (2017). "Dutch Long-Term Care Use in an Ageing Population." Journal of the Economics of Ageing **9**: 63-70.

As in many Western countries, the population in the Netherlands is ageing, leading to increasing use of long-term care. A debate has risen on the tenability of the publicly funded system of this type of care. In this paper we show the upward effect of the ageing of the

Dutch population on care use will be mitigated by the downward effect of improving health and increasing education levels. Even so, long-term care will continue to grow in the coming years. According to our calculations, care use will increase by an average of 1.6% annually in the period 2014-2030. This increase stems from the demographic effects of increasing population size (+0.4%) and ageing (+1.6%), partly offset by a decreasing uptake rate (the rate of care use per demographic group; -0.5%). The decrease of the uptake rate is mainly driven by the expectation that the elderly population will be better educated and have fewer physical disabilities. Future expenditure does not only depend on care use, but also on price levels. Extrapolating recent developments, prices are expected to increase. This may lead to an increase of expenditure by 3.5% annually in real terms.

Freeman, S., Bishop, K., Spirgiene, L., et al. (2017). "Factors affecting residents transition from long term care facilities to the community: a scoping review." *BMC Health Serv Res* **17**(1): 689.

BACKGROUND: Long-term care facilities (LTCFs) are often places where persons with complex health needs that cannot be met in a community setting, reside and are cared for until death. However, not all persons experience continuous declines in health and functioning. For some residents who experience improvement in personal abilities and increased independence, transition from the LTCF to the community may be an option. This scoping review aimed to synthesize the existing evidence regarding the transition process from discharge planning to intervention and evaluation of outcomes for residents transitioning from LTCFs to the community. **METHODS:** This review followed a five-stage scoping review framework to describe the current knowledge base related to transition from LTCFs to community based private dwellings as the location of the discharge (example: Person's own home or shared private home with a family member, friend, or neighbour). Of the 4221 articles retrieved in the search of 6 databases, 36 articles met the criteria for inclusion in this review. **RESULTS:** The majority of studies focussed on an older adult population (aged 65 years or greater), were conducted in the USA, and were limited to small geographic regions. There was a lack of consistency in terminology used to describe both the facilities as well as the transition process. Literature consisted of a broad array of study designs; sample sizes ranged from less than 10 to more than 500,000. Persons who were younger, married, female, received intense therapy, and who expressed a desire to transition to a community setting were more likely to transition out of a LTCF while those who exhibited cognitive impairment were less likely to transition out of a LTCF to the community. **CONCLUSIONS:** Findings highlight the heterogeneity and paucity of research examining transition of persons from LTCFs to the community. Overall, it remains unclear what best practices support the discharge planning and transition process and whether or not discharge from a LTCF to the community promotes the health, wellbeing, and quality of life of the persons. More research is needed in this area before we can start to confidently answer the research questions.

Geyer, J. et Korfhage, T. (2017). Long-term care reform and the labor supply of informal caregivers – evidence from a quasi-experiment. *Working paper ; 17/20*. Londres University of York <https://ideas.repec.org/p/zbw/vfsc15/113152.html>

Germany introduced a new mandatory insurance for long-term care in 1995. It replaced a system based on means-tested transfers. The new scheme made it easier for households to draw benefits and to organize informal care. We exploit this reform as a natural experiment and examine its effect on the labor supply of caregivers who live in the same household as the care recipient. We find strong negative results for male labor supply but not for women. We conduct a set of robustness tests and our results prove to be stable.

Gianino, M. M., Lenzi, J., Martorana, M., et al. (2017). "Trajectories of long-term care in 28 EU countries: evidence from a time series analysis." Eur J Public Health.

Background: This study aims to confirm whether an increase in the number of elderly people and a worsening in the auto-evaluation of the general health state and in the limitation of daily activities result in increases in the offered services (beds in residential LTC facilities), in the social and healthcare expenditure and, consequently, in the percentage of LTC users. **Methods:** This study used a pooled, cross-sectional, time series design focusing on 28 European countries from 2004 to 2015. The indicators considered are: population aged 65 years and older; self-perceived health (bad and very bad) and long-standing limitations in usual activities; social protection benefits (cash and kind); LTC beds in institutions; LTC recipients at home and in institutions; healthcare expenditures and were obtained from the Organization for Economic Co-operation and Development and Eurostat. **Results:** The proportion of elderly people increased, and conversely, the percentage of subjects who had a self-perceived bad or very bad health decreased. Moreover, there was an orientation to reduce the share of elderly people who received LTC services and to focus on the most serious cases. Finally, the combination of formal care at home and in institutions resulted in most Member States shifting from institutional care to home care services. **Conclusions:** Demographic, societal, health changes could considerably affect LTC needs and services, resulting in higher LTC related costs. Thus, knowledge of LTC expenditures and the demand for services could be useful for healthcare decision makers.

Gonçalves, J. et Weaver, F. (2017). "Effects of formal home care on hospitalizations and doctor visits." International Journal of Health Economics and Management **17**(2): 203-233.

<https://doi.org/10.1007/s10754-016-9200-x>

This study estimates the effects of formal home care, provided by paid professionals, on hospitalizations and doctor visits. We look at different lengths-of-stay (LOS) and types of doctor visits—general practitioners (GP) and specialists—and investigate heterogeneous effects by age groups and informal care availability. Two-part generalized linear models are estimated, using data from Switzerland. In this federal country, home care policy is decentralized into 26 cantons. Home care is measured at the canton level and its endogeneity is addressed by using an instrumental variable strategy combined with canton and time fixed-effects. We instrument home care use with the introduction of patient cost sharing for home care in some cantons in 2011. Overall, home care significantly increases the likelihoods of having a hospitalization, any doctor visit, or a GP visit. In addition, home care significantly reduces LOS up to 30 days, but has no effect on the number of doctor visits. These results are driven by the effects on persons 65 years and older. The effects are small, suggesting that the potential of formal home care to limit the growth in inpatient care and doctor visits may be limited.

Hajek, A., Lehnert, T., Wegener, A., et al. (2017). "Factors associated with preferences for long-term care settings in old age: evidence from a population-based survey in Germany." BMC Health Serv Res **17**(1): 156.

BACKGROUND: Long-term care is one of the most pressing health policy issues in Germany. It is expected that the need for long-term care will increase markedly in the next decades due to demographic shifts. The purpose of this study was to investigate the factors associated with preferences for long-term care settings in old age individuals in Germany. **METHODS:** Based on expert interviews and a systematic review, a questionnaire was developed to

quantify long-term care preferences. Data were drawn from a population-based survey of the German population aged 65 and over in 2015 (n = 1006). RESULTS: In multiple logistic regressions, preferences for home care were positively associated with providing care for family/friends [OR: 1.6 (1.0-2.5)], lower self-rated health [OR: 1.3 (1.0-1.6)], and no current need of care [OR: 5.5 (1.2-25.7)]. Preferences for care in relatives' homes were positively associated with being male [OR: 2.0 (1.4-2.7)], living with partner or spouse [OR: 1.8 (1.3-2.4)], having children [OR: 1.6 (1.0-2.5)], private health insurance [OR: 1.6 (1.1-2.3)], providing care for family/friends [OR: 1.5 (1.1-2.0)], and higher self-rated health [OR: 1.2 (1.0-1.4)]. Preferences for care in assisted living were positively associated with need of care [OR: 1.9 (1.0-3.5)] and higher education [for example, University, OR: 3.5 (1.9-6.5)]. Preferences for care in nursing home/old age home were positively associated with being born in Germany [OR: 1.8 (1.0-3.1)] and lower self-rated health [OR: 1.2 (1.0-1.4)]. Preferences for care in a foreign country were positively associated with lower age [OR: 1.1 (1.0-1.2)] and being born abroad [OR: 5.5 (2.7-11.2)]. CONCLUSIONS: Numerous variables used are sporadically significant, underlining the complex nature of long-term care preferences. A better understanding of factors associated with preferences for care settings might contribute to improving long-term care health services.

Harrison, J. K., Walesby, K. E., Hamilton, L., et al. (2017). "Predicting discharge to institutional long-term care following acute hospitalisation: a systematic review and meta-analysis." *Age Ageing* **46**(4): 547-558.

Background: moving into long-term institutional care is a significant life event for any individual. Predictors of institutional care admission from community-dwellers and people with dementia have been described, but those from the acute hospital setting have not been systematically reviewed. Our aim was to establish predictive factors for discharge to institutional care following acute hospitalisation. Methods: we registered and conducted a systematic review (PROSPERO: CRD42015023497). We searched MEDLINE; EMBASE and CINAHL Plus in September 2015. We included observational studies of patients admitted directly to long-term institutional care following acute hospitalisation where factors associated with institutionalisation were reported. Results: from 9,176 records, we included 23 studies (n = 354,985 participants). Studies were heterogeneous, with the proportions discharged to a care home 3-77% (median 15%). Eleven studies (n = 12,642), of moderate to low quality, were included in the quantitative synthesis. The need for institutional long-term care was associated with age (pooled odds ratio (OR) 1.02, 95% confidence intervals (CI): 1.00-1.04), female sex (pooled OR 1.41, 95% CI: 1.03-1.92), dementia (pooled OR 2.14, 95% CI: 1.24-3.70) and functional dependency (pooled OR 2.06, 95% CI: 1.58-2.69). Conclusions: discharge to long-term institutional care following acute hospitalisation is common, but current data do not allow prediction of who will make this transition. Potentially important predictors evaluated in community cohorts have not been examined in hospitalised cohorts. Understanding these predictors could help identify individuals at risk early in their admission, and support them in this transition or potentially intervene to reduce their risk.

Holm, S. G., Mathisen, T. A., Saeterstrand, T. M., et al. (2017). "Allocation of home care services by municipalities in Norway: a document analysis." *BMC Health Serv Res* **17**(1): 673.

BACKGROUND: In Norway, elder care is primarily a municipal responsibility. Municipal health services strive to offer the 'lowest level of effective care,' and home healthcare services are defined as the lowest level of care in Norway. Municipalities determine the type(s) of service and the amount of care applicants require. The services granted are outlined in an individual decision letter, which serves as a contract between the municipality and the home

healthcare recipient. The purpose of this study was to gain insight into the scope and duration of home healthcare services allocated by municipalities and to determine where home care recipients live in relation to home healthcare service offices. METHODS: A document analysis was performed on data derived from 833 letters to individuals allocated home care services in two municipalities in Northern Norway (Municipality A = 500 recipients, Municipality B = 333 recipients). RESULTS: In Municipality A, 74% of service hours were allotted to home health nursing, 12% to practical assistance, and 14% to support contact; in Municipality B, the distribution was 73%, 19%, and 8%, respectively. Both municipalities allocated home health services with no service end date (41% and 85% of the total services, respectively). Among recipients of "expired" services, 25% in Municipality A and 7% in Municipality B continued to receive assistance. CONCLUSIONS: Our findings reveal that the municipalities adhered to the goal for home care recipients to remain at home as long as possible before moving into a nursing home. The findings also indicate that the system for allocating home healthcare services may not be fair, as the municipalities lacked procedures for revising individual decisions. Our findings indicate that local authorities should closely examine how they design individual decisions and increase their awareness of how long a service should be provided.

Ilinca, S., Rodrigues, R. et Schmidt, A. (2017). "Fairness and Eligibility to Long-Term Care: An Analysis of the Factors Driving Inequality and Inequity in the Use of Home Care for Older Europeans." *International Journal of Environmental Research and Public Health* **14**(10): 1224.

<http://www.mdpi.com/1660-4601/14/10/1224>

Lovink, M. H., Persoon, A., Koopmans, R., et al. (2017). "Effects of substituting nurse practitioners, physician assistants or nurses for physicians concerning healthcare for the ageing population: a systematic literature review." *J Adv Nurs* **73**(9): 2084-2102.

AIMS: To evaluate the effects of substituting nurse practitioners, physician assistants or nurses for physicians in long-term care facilities and primary healthcare for the ageing population (primary aim) and to describe what influences the implementation (secondary aim). BACKGROUND: Healthcare for the ageing population is undergoing major changes and physicians face heavy workloads. A solution to guarantee quality and contain costs might be to substitute nurse practitioners, physician assistants or nurses for physicians. DESIGN: A systematic literature review. DATA SOURCES: PubMed, EMBASE, CINAHL, PsycINFO, CENTRAL, Web of Science; searched January 1995-August 2015. REVIEW METHODS: Study selection, data extraction and quality appraisal were conducted independently by two reviewers. Outcomes collected: patient outcomes, care provider outcomes, process of care outcomes, resource use outcomes, costs and descriptions of the implementation. Data synthesis consisted of a narrative summary. RESULTS: Two studies used a randomized design and eight studies used other comparative designs. The evidence of the two randomized controlled trials showed no effect on approximately half of the outcomes and a positive effect on the other half of the outcomes. Results of eight other comparative study designs point towards the same direction. The implementation was influenced by factors on a social, organizational and individual level. CONCLUSION: Physician substitution in healthcare for the ageing population may achieve at least as good patient outcomes and process of care outcomes compared with care provided by physicians. Evidence about resource use and costs is too limited to draw conclusions.

Mignani, V., Ingravallo, F., Mariani, E., et al. (2017). "Perspectives of older people living in long-term care facilities and of their family members toward advance care planning discussions: a systematic review and thematic synthesis." *Clin Interv Aging* **12**: 475-484.

OBJECTIVE: We aimed to search and synthesize qualitative studies exploring the perspectives of older people living in long-term care facilities and of their family members about advance care planning (ACP) discussions. **METHODS:** The enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research (ENTREQ) framework was used to guide the review and report its results. PubMed, CINAHL, and PsycINFO were searched for studies published between January 2000 and November 2015. All included studies were assessed for comprehensiveness of reporting, and a thematic synthesis of their results was performed. **RESULTS:** The nine included studies differed in terms of qualitative method used, comprehensiveness of reporting, and geographical origin. The thematic synthesis led to the identification of four main themes: 1) plans already made; 2) end-of-life care and decision-making; 3) opinions and attitudes toward ACP; and 4) how, when, about what, and with whom to do ACP. **CONCLUSION:** Despite their willingness to be involved in a shared decision-making process, older residents and their families still have little experience with ACP. **PRACTICAL IMPLICATIONS:** In view of implementing ACP for elders living in long-term care facilities, it would be important to rethink ACP and also to incorporate their nonmedical preferences, according to their own priorities.

Roche, E. et Wyatt, T. (2017). "Care Home Assessment and Review Service: coordinated, proactive care home primary care delivery." *Br J Gen Pract* **67**(656): 136-137.

Sanchez, V. G., Taylor, I. et Bing-Jonsson, P. C. (2017). "ethics of smart house welfare technology for older adults: a systematic literature review." *Int J Technol Assess Health Care* **33**(6): 691-699.

BACKGROUND: The University College of Southeast Norway has an on-going project to develop a smart house welfare system to allow older adults and people with disabilities to remain in their homes for as long as they wish in safe, dignified, living conditions. **OBJECTIVES:** This article reviews reported ethical challenges to implementing smart houses for older adults. **METHODS:** A systematic literature review identified twenty-four articles in English, French, Spanish, and Norwegian, which were analyzed and synthesized using Hofmann's question list to investigate the reported ethical challenges. **RESULTS:** Smart houses offer a promising way to improve access to home care for older adults and people with disabilities. However, important ethical challenges arise when implementing smart houses, including cost-effectiveness, privacy, autonomy, informed consent, dignity, safety, and trust. **CONCLUSIONS:** The identified ethical challenges are important to consider when developing smart house systems. Due to the limitations of smart house technology, designers and users should be mindful that smart houses can achieve a safer and more dignified life-style but cannot solve all the challenges related to ageing, disabilities, and disease. At some point, smart houses can no longer help persons as they develop needs that smart houses cannot meet.

São José, J. M. S., Amado, C. A. F., Ilinca, S., et al. (2017). "Ageism in Health Care: A Systematic Review of Operational Definitions and Inductive Conceptualizations." *The Gerontologist* **59**(2): e98-e108.

<https://doi.org/10.1093/geront/gnx020>

International and national bodies have identified tackling ageism in health care as an urgent goal. However, health professionals, researchers, and policy makers recognize that it is not easy to identify and fight ageism in practice, as the identification of multiple manifestations of ageism is dependent on the way it is defined and operationalized. This article reports on a systematic review of the operational definitions and inductive conceptualizations of ageism

in the context of health care. We reviewed scientific articles published from January 1995 to June 2015 and indexed in the electronic databases Web of Science, PubMed, and Cochrane. Electronic searches were complemented with visual scanning of reference lists and hand searching of leading journals in the field of ageing and social gerontology. The review reveals that the predominant forms of operationalization and inductive conceptualization of ageism in the context of health care have neglected some components of ageism, namely the self-directed and implicit components. Furthermore, the instruments used to measure ageism in health care have as targets older people in general, not older patients in particular. The results have important implications for the advancement of research on this topic, as well as for the development of interventions to fight ageism in practice. There is a need to take into account underexplored forms of operationalization and inductive conceptualizations of ageism, such as self-directed ageism and implicit ageism. In addition, ageism in health care should be measured by using context-specific instruments.

Threapleton, D. E., Chung, R. Y., Wong, S. Y. S., et al. (2017). "Integrated care for older populations and its implementation facilitators and barriers: A rapid scoping review." Int J Qual Health Care **29**(3): 327-334.

Purpose: Inform health system improvements by summarizing components of integrated care in older populations. Identify key implementation barriers and facilitators. Data sources: A scoping review was undertaken for evidence from MEDLINE, the Cochrane Library, organizational websites and internet searches. Eligible publications included reviews, reports, individual studies and policy documents published from 2005 to February 2017. Study selection: Initial eligible documents were reviews or reports concerning integrated care approaches in older/frail populations. Other documents were later sourced to identify and contextualize implementation issues. Data extraction: Study findings and implementation barriers and facilitators were charted and thematically synthesized. Results of data synthesis: Thematic synthesis using 30 publications identified 8 important components for integrated care in elderly and frail populations: (i) care continuity/transitions; (ii) enabling policies/governance; (iii) shared values/goals; (iv) person-centred care; (v) multi-/inter-disciplinary services; (vi) effective communication; (vii) case management; (viii) needs assessments for care and discharge planning. Intervention outcomes and implementation issues (barriers or facilitators) tend to depend heavily on the context and programme objectives. Implementation issues in four main areas were observed: (i) Macro-level contextual factors; (ii) Meso-level system organization (funding, leadership, service structure and culture); (iii) Meso-level intervention organization (characteristics, resources and credibility) and (iv) Micro-level factors (shared values, engagement and communication). Conclusion: Improving integration in care requires many components. However, local barriers and facilitators need to be considered. Changes are expected to occur slowly and are more likely to be successful where elements of integrated care are well incorporated into local settings.

2016

Arlotti, M. et Hendrickson, M. A. (2016). "Le politiche per gli anziani non autosufficienti in Italia e Spagna: Assetti ed evoluzioni nel corso del periodo più recente. (The Long-Term Care Policies for Dependent Elderly People in Italy and Spain: Main Features and Recent Trends. With English summary.)." Economia e Lavoro **50**(3): 47-63.

<http://www.fondazionebrodolini.it/en/pubblicazioni/economia-lavoro>

Italy and Spain are paradigmatic examples of the so-called "Southern European welfare model", in which the long-term care needs of dependent elderly people are mainly covered by family and intergenerational solidarities, while the institutional support (in particular through in-kind services) is structurally residual. However, over the last years, a different trajectory of institutional change seems to have taken place in the two countries: Italy is characterised by an inertial re-production of its consolidated welfare system, while Spain is characterised by a radical change in the wake of the approval of an important national reform about long-term care for dependent people. Despite these different institutional trajectories, our hypothesis is that the two countries still share important similarities due to the impact of the austerity policies and the functioning of a multilevel governance of long-term care policy characterised by a sort of vicious layering, which stimulates negative consequences in terms of territorial inequalities and cost-shifting dynamics (included increasing users' copayment).

Cepoiu-Martin, M., Tam-Tham, H., Patten, S., et al. (2016). "Predictors of long-term care placement in persons with dementia: a systematic review and meta-analysis." *Int J Geriatr Psychiatry* **31**(11): 1151-1171.

OBJECTIVE: The main objective of this study was to summarize the effects of various individual, caregiver, and system-related factors on the risk of long-term care (LTC) placement for persons with dementia. **METHODS:** We searched electronic databases for longitudinal studies reporting on predictors of LTC placement for persons with dementia residing in the community or supportive care settings. We performed meta-analyses with hazard ratios (HRs) of various predictors using random effects models and stratified the HRs with several study variables. Data on predictors not included in the meta-analyses were summarized descriptively. **RESULTS:** Full-text reviews of 360 papers were performed with data from 37 papers used to calculate pooled HRs for LTC placement of select person with dementia (age, sex, race, marital status, type of dementia, living arrangement, and relationship to caregiver) and caregiver (age, sex, and depressive symptoms) characteristics. White race [HR = 1.67, 95% confidence intervals (CI): 1.41-1.99], greater dementia severity (HR = 1.05, 95% CI: 1.03-1.06), and older age (HR = 1.02, 95% CI: 1.01-1.03) increased the risk of LTC placement. Married persons with dementia (HR = 0.38, 95% CI: 0.16-0.86) and living with their caregiver (HR = 0.72, 95% CI: 0.56-0.92) had a lower risk. Behavioral and psychological symptoms of dementia, the degree of functional impairment, and caregiver burden had a consistent effect on the risk of LTC placement in our descriptive review. **CONCLUSION:** We quantified the predictive effect of several risk factors for LTC placement. These estimates could be used to more precisely categorize the risk of institutionalization and potentially link those at higher risk to appropriate services. Copyright (c) 2016 John Wiley & Sons, Ltd.

Costa-Font, J., Jimenez-Martinez, C. et Vilaplana, C. (2016). Does long-term care subsidisation reduce unnecessary hospitalisations? *CESifo working papers, 6078*. Munich CESifo <http://eprints.lse.ac.uk/67911/>

The expansion of long-term care (LTC) coverage may improve health system efficiency by reducing hospitalisations (bed-blocking), and pave the way for the implementation of health and social care coordination plans. We draw upon the quasi-experimental evidence from the main expansion of long term care increase subsidisation in Spain in 2007 to examine the causal effect of the expansion of LTC subsidisation and coordination on hospitalisations (both on the internal and external margin) and the hospital length of stay. In addition, we examine the 2012 austerity budget cuts that reduced the subsidy. We find robust evidence of a

reduction in hospitalisations and the length of stay after the expansion of LTC subsidisation. However, the reduction in hospitalisations is heterogeneous to the existence of health and social care coordination plans and type of subsidy. Overall, we estimate savings related to hospitalisations of up to 11% of total hospital costs. Consistently, subsidy reduction is found to attenuate bed-blocking gains.

Dohl, O., Garasen, H., Kalseth, J., et al. (2016). "Factors associated with the amount of public home care received by elderly and intellectually disabled individuals in a large Norwegian municipality." *Health Soc Care Community* **24**(3): 297-308.

This study reports an analysis of factors associated with home care use in a setting in which long-term care services are provided within a publicly financed welfare system. We considered two groups of home care recipients: elderly individuals and intellectually disabled individuals. Routinely collected data on users of public home care in the municipality of Trondheim in October 2012, including 2493 people aged 67 years or older and 270 intellectually disabled people, were used. Multivariate regression analysis was used to analyse the relationship between the time spent in direct contact with recipients by public healthcare personnel and perceived individual determinants of home care use (i.e. physical disability, cognitive impairment, diagnoses, age and gender, as well as socioeconomic characteristics). Physical disability and cognitive impairment are routinely registered for long-term care users through a standardised instrument that is used in all Norwegian municipalities. Factor analysis was used to aggregate the individual items into composite variables that were included as need variables. Both physical disability and cognitive impairment were strong predictors of the amount of received care for both elderly and intellectually disabled individuals. Furthermore, we found a negative interaction effect between physical disability and cognitive impairment for elderly home care users. For elderly individuals, we also found significant positive associations between weekly hours of home care and having comorbidity, living alone, living in a service flat and having a safety alarm. The reduction in the amount of care for elderly individuals living with a cohabitant was substantially greater for males than for females. For intellectually disabled individuals, receiving services involuntarily due to severe behavioural problems was a strong predictor of the amount of care received. Our analysis showed that routinely collected data capture important predictors of home care use and thus facilitate both short-term budgeting and long-term planning of home care services.

Grimshaw, P., McGowan, L. et McNichol, E. (2016). "Building a system-wide approach to community relationships with the findings of a scoping review in health and social care." *J Health Organ Manag* **30**(7): 1047-1062.

Purpose For leadership and management of Western health systems, good quality relationships are a fundamental cornerstone of organising health and social care (H&SC) delivery, delivering benefits across organisations and communities. The purpose of this paper is to explore the extant management, H&SC literature, grounded in older people care, reveal behaviours, processes and practices that if readily identified across a context will support healthy relationships across the "whole system" of stakeholders.

Design/methodology/approach An academic/practitioner group designed and guided a scoping literature review of the H&SC and broader management literature to identify and extract important behaviours, processes and practices underlying the support of high-quality relationships. A search strategy was agreed and key health and management databases were interrogated and 51 papers selected for inclusion. Working with the practitioners, the selected papers were coded and then organised into emergent themes. Findings The paper

outlines the relational behaviours, processes and practice elements that should be present within an older peoples care community, to support a healthy relational environment. These elements are presented under the five emergent literature themes of integrity, compassion, respect, fairness and trust. These five topics are examined in detail. A way forward for building statements using the review material, that may be applied to reveal relational patterns within older people care, is also explored and outlined. Research limitations/implications All literature reviews are subject to practical decisions around time, budget, scope and depth restraints. Therefore potentially relevant papers may have been missed in the review process. The scoping review process adapted here does not seek to make any major considerations with regards to the weighting of evidence behind the primary research. Originality/value This paper contributes to a growing need for designers of health systems to more fully understand, measure and draw on the value of relationships to help bridge the gap between diminishing resources and the expanding demand on H&SC services.

Heger, D. et Korfhage, T. (2016). Care choices in Europe: To each according to his needs? Ruhr Economic Papers; 649. Bochum Ruhr-Universität Bochum
<https://ideas.repec.org/p/zbw/rwirep/649.html>

Growing long-term care (LTC) needs represent a major challenge for our ageing societies. Understanding how utilization patterns of different types of care are influenced by LTC policies or changes in the population composition such as age patterns or health can provide helpful insight on how to adequately prepare for this situation. To this aim, this paper explores how individuals choose between different forms of LTC. We exploit variation between countries as well as between individuals within countries using data from the Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe (SHARE). Using nonlinear decomposition techniques, we break down the difference in utilization rates between countries into differences based on observed sociodemographic and need related characteristics and differences in the impacts of these characteristics, which allows us to identify the drivers behind differences in the formal-informal care mix. Our results show that a substantial fraction of the observed country differences can be explained by the different features of the LTC systems

Hodgson, N. A. (2016). "Do interventions with staff in long-term residential facilities improve quality of care or quality of life for people with dementia? A systematic review of the evidence." Int Psychogeriatr 28(12): 1935-1936.

The review by Bird and colleagues (2016), published in this issue of International Psychogeriatrics, is notable for jointly examining the effect of dementia care interventions on both staff and resident quality outcomes. This is an important contribution to improving dementia care because it recognizes the dynamic and dyadic relationship between residents and their caregivers in residential settings. While evidence exists on the dyadic effect of family caregiver intervention on dementia patient outcomes (Gitlin and Hodgson, 2015), less attention has been given to formal caregivers in institutional settings (Dellefield et al., 2015).

Hoogendijk, E. O. (2016). "How effective is integrated care for community-dwelling frail older people? The case of the Netherlands." Age and Ageing 45(5): 585-588.
<http://ageing.oxfordjournals.org/content/45/5/585.abstract>

Integrated care programs have been developed to enhance the quality care for older adults in primary care. These programs usually consist of a multidisciplinary approach, with personalised care based on comprehensive geriatric assessments. However, there is limited

evidence for the effectiveness of these programs in frail older people. In this article, we review the results of three recent intervention studies carried out as part of the Dutch National Care for the Elderly Programme. The results illustrate how difficult it is to improve outcomes in community-dwelling frail older adults by means of integrated care. Furthermore, we discuss the implications of these studies for future research into frailty interventions.

Hurdelbrink, J. (2016). *Essays in the Economics of Long-Term Care Utilization*, University of New Hampshire. **Ph.D.**

Iliffe, S. (2016). "Community-based interventions for older people with complex needs: time to think again?" *Age and Ageing* **45**(1): 2-3.

<http://ageing.oxfordjournals.org/content/45/1/2.short>

Means, T. (2016). "Improving quality of care and reducing unnecessary hospital admissions: a literature review." *Br J Community Nurs* **21**(6): 284, 288-291.

As the UK population lives to older ages, with more complex health and social care needs, there comes a time when going to live in a care home might be essential for a frail, older person. Residents and their families expect high-quality care in return for the costs of their placements, but often find this is not the case (Help the Aged, 2006). In order to improve quality in care homes, the Lincolnshire Community Health Services NHS Trust are piloting a care home support team. The new service aims to provide education and training to an unpredictable workforce, with the addition of regular ward rounds in care homes to ensure more proactive care for residents, in order to reduce unnecessary hospital admissions and improve the quality of care offered. This article looks at the literature relating to education and training for staff in care homes to support this service. It also aims to use the reviewed articles to identify specific training and education needed to improve quality of care for residents and reduce avoidable hospital admissions.

Moberg, L., Blomqvist, P. et Winblad, U. (2016). "User choice in Swedish eldercare – conditions for informed choice and enhanced service quality." *Journal of European Social Policy* **26**(3): 281-295.

<http://esp.sagepub.com/content/26/3/281.abstract>

Proponents of user choice argue that this type of policy arrangement improves the quality of public social services since users are expected to select the most highly performing providers. In order for users to make informed choices, however, they need quality information about the services offered by different providers. In this article, we carry out a case study, investigating whether information about service quality was presented to users of home-based elderly care in Sweden. The analysis is based on unique data regarding the information of 223 providers in 10 municipalities. The results suggest that the information was poor and lacking in important quality dimensions. This indicates a lack of real user power since it is virtually impossible for users to make informed choices without relevant information. It also makes it less likely that the general quality level of home-based services will increase as a result of the user choice.

Singh, D. A. (2016). *Effective management of Long-Term Care Facilities*, Burlington : Jones & Bartlett Learning

This book examines the complex operations of the long-term care facility and offers critical

skills to current and future long-term care administrators for delivering quality, cost-effective services. Comprehensive, yet concise, the Third Edition explores the necessary skills and tools for creating a person-centered environment. Topics covered include: how to adapt an existing nursing facility, the growing culture change movement, and the laws, regulations, and financing of the long-term care industry, as well as its organization and delivery. Finally, this book offers extensive coverage of the essential skills necessary to manage it all.

Tuna, G. et Das, R. (2016). Secure web-based communication framework for smart home systems designed for the elderly and disabled. Proceedings of International Academic Conferences 4006510.

<http://www.iises.net/proceedings/24th-international-academic-conference-barcelona/table-of-content/detail?article=secure-web-based-communication-framework-for-smart-home-systems-designed-for-the-elderly-and-disabled>

As a result of the increasing awareness about common daily problems of the elderly and disabled in recent years, novel technology solutions have been designed and developed. Thanks to smart homes which involve a set of various sensors and devices to make the daily lives of the elderly and disabled easier and provide remote monitoring ability to the family members, nowadays the elderly and disabled stay in their houses instead of assisted-living centres. On the other hand, elderly and disabled people living alone may be exposed to potential security threats. In this study, a framework is proposed in order to achieve secure communication over the Internet. In the proposed framework, information to be transferred is first encrypted using RSA algorithm and then sent to the recipient. For security reasons, after the recipient reads the encrypted information, traces of the communication should be removed. For this objective, before the transfer, the sender determines how many seconds the message will be available to the recipient via a link. When the recipient receives the link, he/she can open the message with the secret key. After the predefined time, the message is deleted from the database used by the framework. The framework can be used to enable confidential messaging between smart home inhabitants and people they would like to communicate. The framework can easily be integrated into smart home control panels or web-based interfaces of smart home systems.

Wild, D. et Kydd, A. (2016). "Culture change in care homes: a literature review." Nurs Older People **28**(7): 35-39.

This article is the first of a two-part series that explores a programme of culture change in care homes. A UK care home company sought the authors' expertise to design and facilitate an independent programme of learning to encourage and support staff in two of its homes to become the architects of their own quality improvement. The article reviews the literature that was an essential information base for the authors in their dual roles as designers of the learning programme and facilitators of its delivery to participant staff. The literature is necessarily broad in reflecting the nature and context of care homes, residents' needs and wants from care, and the particular challenges that might be faced by care home staff and managers when making quality improvements. In the second article, the reality of running the programme in the two homes is described.

Willemse, E., Anthierens, S., Farfan-Portet, M. I., et al. (2016). "Do informal caregivers for elderly in the community use support measures? A qualitative study in five European countries." BMC Health Serv Res **16**: 270.

BACKGROUND: Informal caregivers are essential figures for maintaining frail elderly at home.

Providing informal care can affect the informal caregivers' physical and psychological health and labour market participation capabilities. They need support to prevent caregiver burden. A variety of existing support measures can help the caregiver care for the elderly at home, but with some limitations. The objective of this review was to explore the experiences of informal caregivers caring for elderly in the community with the use of supportive policy measures in Belgium and compare these to the experiences in other European countries. METHODS: An empirical qualitative case study research was conducted in five European countries (Belgium, The Netherlands, Luxembourg, France and Germany). Semi-structured interviews were conducted with informal caregivers and their dependent elderly. Interview data from the different cases were analysed. In particular data from Belgium was compared to data from the cases abroad. RESULTS: Formal services (e.g. home care) were reported to have the largest impact on allowing the caregiver to care for the dependent elderly at home. One of the key issues in Belgium is the lack of timely access to reliable information about formal and informal services in order to proactively support the informal caregiver. Compared to the other countries, informal caregivers in Belgium expressed more difficulties in accessing support measures and navigating through the health system. In the other countries information seemed to be given more timely when home care was provided via care packages. CONCLUSION: To support the informal caregiver, who is the key person to support the frail elderly, fragmentation of information regarding supportive policy measures is an important issue of concern.

2015

Bakx, P., de Meijer, C., Schut, F., et al. (2015). "Going Formal or Informal, Who Cares? The Influence <http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1002/%28ISSN%291099-1050/issues>

International differences in long-term care (LTC) use are well documented, but not well understood. Using comparable data from two countries with universal public LTC insurance, the Netherlands and Germany, we examine how institutional differences relate to differences in the choice for informal and formal LTC. Although the overall LTC utilization rate is similar in both countries, use of formal care is more prevalent in the Netherlands and informal care use in Germany. Decomposition of the between-country differences in formal and informal LTC use reveals that these differences are not chiefly the result of differences in population characteristics but mainly derive from differences in the effects of these characteristics that are associated with between-country institutional differences. These findings demonstrate that system features such as eligibility rules and coverage generosity and, indirectly, social preferences can influence the choice between formal and informal care. Less comprehensive coverage also has equity implications: for the poor, access to formal LTC is more difficult in Germany than in the Netherlands.

Bremer, P., Cabrera, E., Leino-Kilpi, H., et al. (2015). "Informal dementia care: Consequences for caregivers' health and health care use in 8 European countries." *Health Policy* **119**(11): 1459-1471.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.09.014>

De Almeida Mello, J., Hermans, K., Van Audenhove, C., et al. (2015). "Evaluations of home care interventions for frail older persons using the interRAI Home Care instrument: a systematic review of the literature." *J Am Med Dir Assoc* **16**(2): 173.e171-110.

BACKGROUND/OBJECTIVES: This systematic review describes the use of the interRAI Home

Care (interRAI HC) instrument, an internationally validated comprehensive geriatric assessment, as a base for the evaluation of home care projects. Because of the evidence base of the instrument and its widespread use, researchers can make a thorough evaluation of projects and interventions in home care and can also have insight in international comparisons. The aim of this systematic review is to identify research that evaluates interventions in the home care setting using this comprehensive geriatric assessment and to describe these evaluations and report the results of the use of this instrument. DESIGN: Two independent reviewers constructed a comprehensive list of Medical Subject Headings, which was designed for 5 explicit categories: (1) interventions; (2) evaluation; (3) home care; (4) interRAI HC; and (5) older person. A systematic literature search was then performed in the main electronic databases Web of Science, EMBASE, MEDLINE, Cochrane, PsycInfo, and CINAHL for the years 1990 to 2013. SETTING: Home care. MEASUREMENTS: Studies were described and the following information was extracted from the articles: mean age and proportion of gender of participants; sample size; location of the study; goal of the study; main findings; main limitations; and results of the evaluation of the interRAI HC instrument. RESULTS: A total of 349 articles were identified. Eighteen studies met our inclusion criteria describing 18 interventions in home care evaluated with the interRAI HC instrument. CONCLUSIONS: This systematic review can help researchers to plan evaluation of interventions in home care. The interRAI HC instrument proves to be a comprehensive tool to measure outcomes and can serve as an evaluation instrument for interventions. It can also be used as an intervention itself, when caregivers use the tool and its outcome measures to implement a care plan.

de Meijer, C., Bakx, P., van Doorslaer, E., et al. (2015). "Explaining Declining Rates of Institutional LTC Use in the Netherlands: A Decomposition Approach." *Health Economics* **24**(S1): 18-31.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.3114>

Abstract The use of long-term care (LTC) is changing rapidly. In the Netherlands, rates of institutional LTC use are falling, whereas homecare use is growing. Are these changes attributable to declining disability rates, or has LTC use given disability changed? And have institutionalization rates fallen regardless of disability level, or has LTC use become better tailored to needs? We answer these questions by explaining trends in LTC use for the Dutch 65+ population in the period 2000–2008 using a nonlinear variant of the Oaxaca–Blinder decomposition. We find that changes in LTC use are not due to shifts in the disability distribution but can almost entirely be traced back to changes in the way the system treats disability. Elderly with mild disability are more likely to be treated at home than before, whereas severely disabled individuals continue to receive institutional LTC. As a result, LTC use has become better tailored to the needs for such care. This finding suggests that policies that promote LTC in the community rather than in institutions can effectively mitigate the consequences of population aging on LTC spending. Copyright © 2015 John Wiley & Sons, Ltd.

Fernandez, J.-L. et Forder, J. (2015). "Local Variability in Long-Term Care Services: Local Autonomy, Exogenous Influences and Policy Spillovers." *Health Economics* **24**(S1): 146-157.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.3151>

Abstract In many countries, public responsibility over the funding and provision of long-term care services is held at the local level. In such systems, long-term care provision is often characterised by significant local variability. Using a panel dataset of local authorities over the period 2002–2012, the paper investigates the underlying causes of variation in gross social care expenditure for older people in England. The analysis distinguishes between

factors outside the direct control of policy makers, local preferences and local policy spillovers. The results indicate that local demand and supply factors, and to a much lesser extent local political preferences and spatial policy spillovers, explain a large majority of the observed variation in expenditure. Copyright © 2015 John Wiley & Sons, Ltd.

Gaughan, J., Gravelle, H. et Siciliani, L. (2015). "Testing the Bed-Blocking Hypothesis: Does Nursing and Care Home Supply Reduce Delayed Hospital Discharges?" *Health Economics* **24**(S1): 32-44.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.3150>

Abstract Hospital bed-blocking occurs when hospital patients are ready to be discharged to a nursing home, but no place is available, so that hospital care acts as a more costly substitute for long-term care. We investigate the extent to which greater supply of nursing home beds or lower prices can reduce hospital bed-blocking using a new Local Authority (LA) level administrative data from England on hospital delayed discharges in 2009–2013. The results suggest that delayed discharges respond to the availability of care home beds, but the effect is modest: an increase in care home beds by 10% (250 additional beds per LA) would reduce social care delayed discharges by about 6–9%. We also find strong evidence of spillover effects across LAs: more care home beds or fewer patients aged over 65 years in nearby LAs are associated with fewer delayed discharges. © 2015 The Authors. *Health Economics* Published by John Wiley & Sons Ltd.

Karlsberg Schaffer, S. (2015). "The Effect of Free Personal Care for the Elderly on Informal Caregiving." *Health Economics* **24**: 104-117.

<http://dx.doi.org/10.1002/hec.3146>

Population forecasters have predicted that the proportion of people in the UK aged 65 years and older will rise significantly in coming decades. This shift in demographics will put increasing pressure on the National Health Service and providers of social care. However, older people do not rely only on care provided by the state; informal care of the elderly is often supplied by family and friends. Therefore, the relationship between formal and informal care and the reaction of informal carers to institutional changes is an important policy issue. This study uses individual level data from the British Household Panel Survey to estimate the effects of the introduction of free personal care for the elderly in Scotland on informal care behaviour. As the change in policy applied only to Scotland, a natural experiment is formed allowing a difference-in-differences approach to be used. This paper finds that the introduction of the policy increased the probability of women supplying informal care by around six percentage points. In addition, for both sexes, it reports evidence of a shift away from the upper and lower tails towards the middle of the hours of care distribution as a result of the change in policy. Copyright © 2015 John Wiley & Sons, Ltd.

Lovink, M. H., Persoon, A., van Vught, A. J., et al. (2015). "Physician substitution by mid-level providers in primary healthcare for older people and long-term care facilities: protocol for a systematic literature review." *J Adv Nurs* **71**(12): 2998-3005.

AIM: This protocol describes a systematic review that evaluates the effects of physician substitution by mid-level providers (nurse practitioners, physician assistants or nurses) in primary healthcare for older people and long-term care facilities. The secondary aim is to describe facilitators and barriers to the implementation of physician substitution in these settings. BACKGROUND: Healthcare for older people is undergoing major changes, due to population ageing and reforms that shift care to the community. Besides, relatively few

medical students are pursuing careers in healthcare for older people. Innovative solutions are needed to guarantee the quality of healthcare and to contain costs. A solution might be shifting care from physicians to mid-level providers. To date, no systematic review on this topic exists to guide policymaking. DESIGN: A quantitative systematic literature review using Cochrane methods. METHODS: The following databases will be searched for original research studies that quantitatively compare care provided by a physician to the same care provided by a mid-level provider: PubMed, EMBASE, CINAHL, PsycINFO, CENTRAL and Web of Science. Study selection, data extraction and quality appraisal will be conducted independently by two reviewers. Data synthesis will consist of a qualitative analysis of the data. Funding of the review was confirmed in August 2013 by the Ministry of Health, Welfare and Sport of the Netherlands. DISCUSSION: This review will contribute to the knowledge on effects of physician substitution in healthcare for older people and factors that influence the outcomes. This knowledge will guide professionals and policy administrators in their decisions to optimize healthcare for older people.

Lowthian, J. A., McGinnes, R. A., Brand, C. A., et al. (2015). "Discharging older patients from the emergency department effectively: a systematic review and meta-analysis." *Age and Ageing* **44**(5): 761-770.

<http://ageing.oxfordjournals.org/content/44/5/761.abstract>

Background: a decline in health state and re-attendance are common in people aged ≥ 65 years following emergency department (ED) discharge. Diverse care models have been implemented to support safe community transition. This review examined ED community transition strategies (ED-CTS) and evaluated their effectiveness. Methods: a systematic review and meta-analysis using multiple databases up to December 2013 was conducted. We assessed eligibility, methodological quality, risk of bias and extracted published data and then conducted random effects meta-analyses. Outcomes were unplanned ED representation or hospitalisation, functional decline, nursing-care home admission and mortality. Results: five experimental and four observational studies were identified for qualitative synthesis. ED-CTS included geriatric assessment with referral for post-discharge community-based assistance, with differences apparent in components and delivery methods. Four studies were included in meta-analysis. Compared with usual care, the evidence indicates no appreciable benefit for ED-CTS for unplanned ED re-attendance up to 30 days (odds ratio (OR) 1.32, 95% confidence interval (CI) 0.99–1.76; $n = 1,389$), unplanned hospital admission up to 30 days (OR 0.90, 95% CI 0.70–1.16; $n = 1,389$) or mortality up to 18 months (OR 1.04, 95% CI 0.83–1.29; $n = 1,794$). Variability between studies precluded analysis of the impact of ED-CTS on functional decline and nursing-care home admission. Conclusions: there is limited high-quality data to guide confident recommendations about optimal ED community transition strategies, highlighting a need to encourage better integration of researchers and clinicians in the design and evaluation process, and increased reporting, including appropriate robust evaluation of efficacy and effectiveness of these innovative models of care.

Mas, M. A. et Santaeugenia, S. (2015). "[Hospital-at-home in older patients: a scoping review on opportunities of developing comprehensive geriatric assessment based services]." *Rev Esp Geriatr Gerontol* **50**(1): 26-34.

This scoping review focused on the opportunity of developing new hospital-at-home schemes in our health systems adapted to older patients with complex conditions due to acute illness. A review was conducted on articles including, randomized controlled trials, systematic reviews and meta-analysis in PubMed and Cochrane Library, from January 1990 to

July 2013. Search terms were: hospital-at-home, Early Supported Discharge, hospital in the home and home hospitalization. An analysis was performed to include: the intervention model (admission avoidance or early discharge), age, diagnosis, main inclusion criteria and intervention characteristics (disciplines involved, duration of intervention, main outcomes and objectives). It is concluded that there are several models of hospital-at-home care, with favorable clinical outcomes. The majority of teams in our country focused on acute health care in the less elderly with chronic diseases. Other schemes based on comprehensive geriatric assessment and interdisciplinary teams specialized in complex interventions are also highlighted. The development of comprehensive geriatric assessment based hospital-at-home care by teams led by geriatricians is an opportunity to develop alternatives to conventional hospitalization interventions tailored to older patients.

Reilly, S., Miranda-Castillo, C., Malouf, R., et al. (2015). "Case management approaches to home support for people with dementia." Cochrane Database Syst Rev 1: Cd008345.

BACKGROUND: Over 35 million people are estimated to be living with dementia in the world and the societal costs are very high. Case management is a widely used and strongly promoted complex intervention for organising and co-ordinating care at the level of the individual, with the aim of providing long-term care for people with dementia in the community as an alternative to early admission to a care home or hospital. **OBJECTIVES:** To evaluate the effectiveness of case management approaches to home support for people with dementia, from the perspective of the different people involved (patients, carers, and staff) compared with other forms of treatment, including 'treatment as usual', standard community treatment and other non-case management interventions.

Rose, M. S., Noelker, L. S. et Kagan, J. (2015). "Improving Policies for Caregiver Respite Services." The Gerontologist 55(2): 302-308.

<http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/55/2/302.full.pdf>

This paper provides a template for the decade ahead regarding the delivery, supply, and funding of caregiver respite services. Policy changes are needed to address these issues as concerns about our country's ability to meet future caregiving needs are growing along with our aging population. Federal initiatives and state-level policies and programs affecting respite are reviewed and directions for policy advancement are highlighted. Much more work is needed to educate caregivers and the general public about the necessity for respite beginning early in the caregiving career to prevent burnout and other adverse effects. Because it is unlikely that there will be a sufficient number of direct-care workers to replace unpaid caregivers, improved policies are needed to ensure that their situation is sustainable through increased availability of high-quality respite and other services vital to caregiver health and well-being. Among the 2015 White House Conference on Aging's priorities in the next decade, policies on long-term services and supports will require focused attention on family caregivers and the direct-care workforce to strengthen their ability to give care now and support their own physical, emotional, and financial needs in the future.

Ruggiano, N., Shtompel, N. et Edvardsson, D. (2015). "Engaging in Coordination of Health and Disability Services as Described by Older Adults: Processes and Influential Factors." The Gerontologist 55(6): 1015-1025.

<http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/55/6/1015.long>

Purpose of the Study: There is little consensus on the definition and design of effective care coordination for older adults with chronic conditions, and the majority of care coordination

models minimize the role and voice of older patients. Our objectives are to examine how older adults perceive and engage in the process of care coordination of health and disability support services and the factors that influence their engagement. Design and Methods: Thirty-seven older adults with chronic conditions and 9 geriatric case managers participated in semi structured interviews that focused on older adults' experiences with self-managing and coordinating their health and support services. Interview data were systematically analyzed for themes. Results: The interview data revealed that involving older adults in care coordination is a complex, multistage process, conceptualized as making self-health assessments, making informed decisions about care, and executing and coordinating care. The findings indicate that a number of factors facilitate older adults' decision and capacity to become involved in the coordination of their care, including their perceptions about how their condition impacted their everyday lives, and availability of intrinsic resources, tangible resources, and social network. Low perceptions of control over health and lack of such resources constrain their involvement. Implications: Practitioners may facilitate older adults' involvement in care coordination by using language with older patients that emphasizes psychosocial experiences in addition to medical symptomatology. They may also provide targeted support for patients with limited facilitating factors to promote involvement at multiple stages of the care coordination process.

Sheerin, F., Griffiths, C., de Vries, J., et al. (2015). "An evaluation of a community living initiative in Ireland." *J Intellect Disabil* **19**(3): 266-281.

One of the central principles underpinning Irish intellectual disability policy is that of decongregation. Allied to this is the belief that life in community settings offers greater opportunities and richer experiences than does life in institutional settings. This study explores the experiences of a group of adults with intellectual disabilities who moved from residential settings to living units in the community. Using a qualitative descriptive approach, it considers the significance of that move for them and seeks to understand the extent to which their lives have changed. Whereas it emerges that this was a positive period in their lives, it is clear that a number of issues remain to be addressed and these provide useful information for similar developments in the future.

Stancanelli, E. (2015). "Institutional Long-Term Care and Government Regulation." *IZA World of Labor* <https://wol.iza.org/articles>

The demand for institutional long-term care is likely to remain high in OECD countries, because of longer life expectancy and falling cohabitation rates of the elderly with family members. As shortages of qualified nurses put a cap on the supply of beds at nursing homes, excess demand builds. That puts upward pressure on prices, which may not reflect the quality of the services that are provided. Monitoring the quality of nursing home services is high on the agenda of OECD governments. Enlisting feedback from family visitors and introducing portable benefits might improve quality at little extra cost.

Tessier, A. (2015). *L'autonomisation des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. Rapport et annexes*. Montréal I.N.E.S.S.S.

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?

Verver, D., Merten, H., Robben, P., et al. (2015). "Supervision of care networks for frail community dwelling adults aged 75 years and older: protocol of a mixed methods study." *BMJ Open* 5(8): e008632.

INTRODUCTION: The Dutch healthcare inspectorate (IGZ) supervises the quality and safety of healthcare in the Netherlands. Owing to the growing population of (community dwelling) older adults and changes in the Dutch healthcare system, the IGZ is exploring new methods to effectively supervise care networks that exist around frail older adults. The composition of these networks, where formal and informal care takes place, and the lack of guidelines and quality and risk indicators make supervision complicated in the current situation. **METHODS AND ANALYSIS:** This study consists of four phases. The first phase identifies risks for community dwelling frail older adults in the existing literature. In the second phase, a qualitative pilot study will be conducted to assess the needs and wishes of the frail older adults concerning care and well-being, perception of risks, and the composition of their networks, collaboration and coordination between care providers involved in the network. In the third phase, questionnaires based on the results of phase II will be sent to a larger group of frail older adults (n=200) and their care providers. The results will describe the composition of their care networks and prioritise risks concerning community dwelling older adults. Also, it will provide input for the development of a new supervision framework by the IGZ. During phase IV, a second questionnaire will be sent to the participants of phase III to establish changes of perception in risks and possible changes in the care networks. The framework will be tested by the IGZ in pilots, and the researchers will evaluate these pilots and provide feedback to the IGZ. **ETHICS AND DISSEMINATION:** The study protocol was approved by the Scientific Committee of the EMGO+institute and the Medical Ethical review committee of the VU University Medical Centre. Results will be presented in scientific articles and reports and at meetings.

2014

Balia, S. et Brau, R. (2014). "A country for old men? Long-term home care utilization in Europe." *Health Econ* 23(10): 1185-1212.

This paper investigates long-term home care utilization in Europe. Data from the first wave of the Survey on Health, Ageing and Retirement (SHARE) on formal (nursing care and paid domestic help) and informal care (support provided by relatives) are used to study the probability and the quantity of both types of care. The overall process is framed in a fully simultaneous equation system that takes the form of a bivariate two-part model where the reciprocal interaction between formal and informal care is estimated. Endogeneity and

unobservable heterogeneity are addressed using a common latent factor approach. The analysis of the relative impact of age and disability on home care utilization is enriched by the use of a proximity to death (PtD) indicator built using the second wave of SHARE. All these indicators are important predictors of home care utilization. In particular, a strong significant effect of PtD is found in the paid domestic help and informal care models. The relationship between formal and informal care moves from substitutability to complementarity depending on the type of care considered, and the estimated effects are small in absolute size. This might call for a reconsideration of the effectiveness of incentives for informal care as instruments to reduce public expenditure for home care services. Copyright (c) 2013 John Wiley & Sons, Ltd

Burt, J., Rick, J., Blakeman, T., et al. (2014). "Care plans and care planning in long-term conditions: a conceptual model." *Prim Health Care Res Dev* **15**(4): 342-354.

The prevalence and impact of long-term conditions continues to rise. Care planning for people with long-term conditions has been a policy priority for chronic disease management in a number of health-care systems. However, patients and providers appear unclear about the formulation and implementation of care planning. Further work in this area is therefore required to inform the development, implementation and evaluation of future care planning initiatives. We distinguish between 'care planning' (the process by which health-care professionals and patients discuss, agree and review an action plan to achieve the goals or behaviour change of most relevance and concern to the patient) and a 'care plan' (a written document recording the outcome of a care planning process). We propose a typology of care planning and care plans with three core dimensions: perspective (patient or professional), scope (a focus on goals or on behaviours) and networks (confined to the professional-patient dyad or extending to the entire care network). In addition, we draw on psychological models of mediation and moderation to outline potential mechanisms through which care planning and care plans may lead to improved outcomes for both patients and the wider health-care system. The proposed typology of care planning and care plans offered here, along with the model of the process by which care planning may influence outcomes, provide a useful framework for future policy developments and evaluations. Empirical work is required to explore the degree to which current care planning approaches and care plans can be described according to these dimensions, and the factors that determine which types of patients and professionals use which type of care plans.

Dorin, L. (2014). "Which need characteristics influence healthcare service utilization in home care arrangements in Germany?" *BMC Health Serv Res* **14**(233).

<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/233/abstract>

Background : We see a growing number of older adults receiving long-term care in industrialized countries. The Healthcare Utilization Model by Andersen suggests that individual need characteristics influence utilization. The purpose of this study is to analyze correlations between need characteristics and service utilization in home care arrangements. Methods : 1,152 respondents answered the questionnaire regarding their integration of services in their current and future care arrangements. Care recipients with high long-term care needs answered the questionnaire on their own, the family caregiver assisted the care recipient in answering the questions, or the family caregiver responded to the questionnaire on behalf of the care recipient. They were asked to rank specific needs according to their situation. We used descriptive statistics and regression analysis. Results : Respondents are widely informed about services. Nursing services and counseling are the most used services. Short-term care and guidance and training have a high potential for future use. Day care,

self-help groups, and mobile services were the most frequently rejected services in our survey. Women use more services than men and with rising age utilization increases. Long waiting times and bad health of the primary caregiver increases the chance of integrating services into the home care arrangements. Conclusion : The primary family caregiver has a high impact on service utilization. This indicates that the whole family should be approached when offering services. Professionals should react upon the specific needs of care dependents and their families.

Ellen, V. (2014). "Informal caregiving and well-being in Europe: What can ease the negative consequences for caregivers?" *Journal of European Social Policy* **24**(5): 424-441.

Against the background of an ageing society with an increasing demand for informal caregivers, this study examines (1) to what extent informal caregiving is negatively related to well-being, (2) to what extent the relationship between informal caregiving and well-being varies over countries and (3) to what extent national policies and countries' normative climates reduce the well-being gap between caregivers and non-caregivers. Analyses on the European Quality of Life Survey 2007 (N=?20,396 in 18 countries), applying multilevel regression techniques, confirmed previous findings that caregivers have lower levels of well-being than non-caregivers. This relationship varied between countries. Generous availability of formal long-term resources reduces the well-being gap between caregivers and non-caregivers. Surprisingly, services that are designed to support informal caregivers do not alleviate the negative well-being consequences. A strong country-level family norm does not affect the well-being gap between caregivers and non-caregivers, but reduces the negative well-being consequences of intensive caregiving

Foot, C., Sonora, L., Benett, L., et al. (2014). *Managing quality in community health care services*. Londres The King's Fund

<http://www.kingsfund.org.uk/publications/managing-quality-community-health-care-services>

Community health services provide vital care for millions of people. Children, families, people with injuries or long-term conditions, older people, and people in their last years of life all use this huge range of services. Demand for community services is growing as more and more people are cared for closer to home. These community services are a key component of our health and care system, but they have been too often overlooked by the national focus on quality. This report uses surveys, interviews and document analysis to gauge how community providers are defining, measuring, managing and improving quality. Our findings show that: there are many examples of local innovation in measuring quality and some robust systems of quality governance in place; community service providers feel that poor availability of information is constraining quality improvement; staff shortages and workforce concerns pose serious risks to delivering quality care as do growing financial, demand and capacity pressures. At a national level, our lack of knowledge about quality in community services is a dangerous blind spot. If policy-makers are truly committed to quality and transparency – and to bringing more care closer to home – then action (résumé de l'éditeur).

Glavin, K., Schaffer, M. A., Halvorsrud, L., et al. (2014). "A comparison of the cornerstones of public health nursing in Norway and in the United States." *Public Health Nurs* **31**(2): 153-166.

OBJECTIVES: This study describes a comparison of the values and beliefs foundational to

community nursing practice in Norway with the Cornerstones of Public Health Nursing based on public health nursing practice in the United States. DESIGN AND SAMPLE: Methods included a review of the literature and focus groups to determine primary beliefs and values foundational to nursing practice in family, school, and home care settings in Norway. MEASURES: Authors reviewed documents written in English and Norwegian for content on values and beliefs represented in public health nursing. Data were gathered from two focus group meetings each with school, home care, and family health nurses in Norway (n = 19; n = 11). METHOD: Focus group questions addressed aspects of the values and beliefs of public health that are foundational to public health nursing. The researchers synthesized content themes of literature and focus groups. RESULTS: Nine Norwegian cornerstones emerged from literature and focus groups. Six of the cornerstones were the same as the cornerstones from the United States, two were modified, and one new cornerstone emerged from the data. CONCLUSIONS: The values and beliefs represented in the different modified cornerstones based on Norwegian community nursing practice capture the essence of public health nursing in Norway. The similarities between the two countries show that nurses have much in common, despite different health and governmental systems and laws.

Goncalves, J. (2014). Home Care, Hospitalizations, and Doctor Visits, GenŠve : Universit, de GenŠve //

This study estimates the effects of formal home care on hospitalizations and doctor visits. We compare the effects of medically- and non-medically-related home care and investigate heterogeneous effects by age group and informal care availability. Two-part models are estimated, using data from Switzerland. In this federal country, home care policy is decentralized into cantons (i.e. states). The endogeneity of home care is addressed by using instrumental variables, canton and time fixed effects. We instrument canton-level home care use with home care prices and education expenditures. While medically-related home care reduces length of stay below 60 days, non-medically-related home care increases stays beyond 10 days. Non-medically-related home care also reduces the number of GP visits. However, all these effects are small. Both types of home care tend to have stronger effects among the 65+ and those with informal care available in their household

Gridley, K., Brooks, J. et Glendinning, C. (2014). "Good practice in social care for disabled adults and older people with severe and complex needs: evidence from a scoping review." Health Soc Care Community **22**(3): 234-248.

This article reports findings from a scoping review of the literature on good practice in social care for disabled adults and older people with severe and complex needs. Scoping reviews differ from systematic reviews, in that they aim to rapidly map relevant literature across an area of interest. This review formed part of a larger study to identify social care service models with characteristics desired by people with severe and complex needs and scope the evidence of effectiveness. Systematic database searches were conducted for literature published between January 1997 and February 2011 on good practice in UK social care services for three exemplar groups: young adults with life-limiting conditions; adults who had suffered a brain injury or spinal injury and had severe or complex needs; and older people with dementia and complex needs. Five thousand and ninety-eight potentially relevant records were identified through electronic searching and 51 by hand. Eighty-six papers were selected for inclusion, from which 29 studies of specific services were identified. However, only four of these evaluated a service model against a comparison group and only six reported any evidence of costs. Thirty-five papers advocated person-centred support for people with complex needs, but no well-supported evaluation evidence was found in favour of any particular approach to delivering this. The strongest evaluation evidence indicated the

effectiveness of a multidisciplinary specialist team for young adults; intensive case management for older people with advanced dementia; a specialist social worker with a budget for domiciliary care working with psycho-geriatric inpatients; and interprofessional training for community mental health professionals. The dearth of robust evaluation evidence identified through this review points to an urgent need for more rigorous evaluation of models of social care for disabled adults and older people with severe and complex needs.

Guhne, U., Lupp, M., König, H. H., et al. (2014). "[Collaborative and home based treatment for older adults with depression: a review of the literature]." *Nervenarzt* **85**(11): 1363-1371.

BACKGROUND: Due to the demographic development depressive disorders in old age are becoming a central and urgent healthcare challenge. **OBJECTIVES:** The article reviews effective approaches towards treatment of depression in the elderly. **METHODS:** A literature review of complex interventions improving depression care was carried out. **RESULTS:** Robust evidence exists for the use of collaborative care models which incorporate collaboration between mental health and medical providers in the primary care setting (e.g. general practitioners and specialists), regular monitoring, case management, and evidence-based treatment. Staged treatment approaches seem to be appropriate by which initially use treatment strategies of low intensity. For patients with limited mobility, home-based approaches have proven to be particularly practical and effective. **CONCLUSION:** Multidisciplinary and multimodal treatment approaches represent an effective and efficient way of healthcare provision for late life depression. In Germany, only few initiatives inspired by successful international models have so far been identified.

McCann, M., Grundy, E. et O'Reilly, D. (2014). "Urban and rural differences in risk of admission to a care home: A census-based follow-up study." *Health Place* **30C**: 171-176.

Research on admissions to care homes for older people has paid more attention to individual and social characteristics than to geographical factors. This paper considers rural-urban differences in household composition and admission rates. Cohort: 51,619 people aged 65 years or older at the time of the 2001 Census and not living in a care home, drawn from a data linkage study based on c.28% of the Northern Ireland population. Living alone was less common in rural areas; 25% of older people in rural areas lived with children compared to 18% in urban areas. Care home admission was more common in urban (4.7%) and intermediate (4.3%) areas than in rural areas (3.2%). Even after adjusting for age, sex, health and living arrangements, the rate of care home admission in rural areas was still only 75% of that in urban areas. People in rural areas experience better family support by living as part of two or three generation households. Even after accounting for this difference, older rural dwellers are less likely to enter care homes; suggesting that neighbours and relatives in rural areas provide more informal care; or that there may be differential deployment of formal home care services

Moore, H. et Gillespie, A. (2014). "The caregiving bind: Concealing the demands of informal care can undermine the caregiving identity. *Social Science & Medicine* (116) : 102-109
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.06.038>

Disagreements and misunderstandings between informal caregivers and care-receivers have been widely reported, but the causes are unclear. The present article compares the views of people with acquired brain injury and their main informal caregivers (28 dyads, n = 56). First, we report a quantitative analysis finding that the majority of disagreements were about

caregivers' identity. Caregivers saw themselves as less confident, less intelligent, more embarrassed, more independent and more overprotective than care-receivers rated them to be. Caregivers understood the care-receivers' ratings but disagreed with them' Second, we report a qualitative analysis focussing on how caregivers felt themselves to be perceived by significant others. Caregivers felt that the care-receiver, family members, the general public, health services and even friends often have negative views of them. The 'caregiving bind' is proposed as a cause of caregivers' negative identity. It arises when caregivers try to protect the care-receiver's identity by concealing the extent of informal care provision, with the unintended consequence of undermining the prospects of the caregiver receiving positive social recognition for the challenging work of caregiving. The caregiving bind has implications for therapy and points to the potential of friends and health services to provide caregivers with positive social recognition

Oliver, D., Foot, C. et Humphries, R. (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).

Pilny, A. et Stroka, M. A. (2014). Choice of Received Long-term Care – Individual Responses to Regional Nursing Home Provisions. *Ruhr Economic Papers*;525. Bochum Ruhr-Universität Bochum:

http://repec.rwi-essen.de/files/REP_14_525.pdf

Existing literature analyzing the choice of received long-term care by frail elderly (65+ years) predominantly focuses on physical and psychological conditions of elderly people as factors that influence the decision for a particular type of care. Until now, however, the regional in-patient long-term care supply has been neglected as influential factor in the individual's decision-making process. In this study, we analyze the choice of received long-term care by explicitly taking the regional supply of nursing homes into account. When estimating a discrete choice model, we distinguish between four different types of formal and informal care provision. We find that the decision for long-term in-patient care is significantly correlated with the regional supply of nursing home places, while controlling for physical and psychological conditions of the individual.

Rodriguez, M. (2014). "Use of informal and formal care among community dwelling dependent elderly in Spain." *The European Journal of Public Health* **24**(4): 668-673.

<http://eurpub.oxfordjournals.org/content/24/4/668.abstract>

Background: Faced with increased public spending for care, knowledge of the determinants of the choices between informal and formal care is of particular importance for estimating the need for care in the future. Methods: Using a representative sample of Spanish dependent elderly from the Disabilities, Independence and Dependency Situations Survey (DIDSS) 2008, we compare the factors associated with the reception of informal, formal and mixed care. The study included 10 703 dependent persons living at home aged ≥65 years. Results: Overall, the percentage of those receiving only informal care was high in Spain, 47.5%. Formal care was most often received in combination with informal care (9.8%) than

alone (4.9%). Five out of the seven factors analysed were found to influence the reception of all types of care: age, gender, income, self-rated health and suffering a chronic condition. Conclusions: There is a high coincidence among how factors affect the reception of care although some differences can be noted. Curiously, a high income level and the availability of informal care (as measured by living with a partner) can negatively affect the reception of only formal care. Living in a capital can also have an impact on the type of care a dependent elderly person receives

Ruppanner, L. et Bostean, G. (2014). "Who Cares? Caregiver Well-being in Europe." *European Sociological Review* **30**(5): 655-669.

<http://esr.oxfordjournals.org/content/30/5/655.abstract>

This paper analyzes a multi-national sample comparing self-reported well-being of those who provide dependent care with that of noncaregivers. We pair individual-level data from the 2004 European Social Survey (ESS) for respondents in 22 nations (n = 41,000+) with country-level measures of attitudinal support for coresidential familial caregiving (2007 Eurobarometer), old age and family public transfers (OECD Social Expenditures Database, 2014), and economic development (GDP). Using multi-level modeling, we examine the association between country-level coresidential familial attitudes and public spending and individual-level caregiver well-being, comparing effects by gender. We find that (i) caregiving is differentially associated with well-being for men and women; (ii) female caregivers report worse well-being than male caregivers in countries with greater attitudinal support for coresidential familial caregiving; (iii) caregivers, regardless of gender, report better well-being in countries with more generous old age transfers. These findings are important in the context of Europe's population structure and the threats to public spending for dependent populations

2013

Brooks, F., Bloomfield, L., Offredy, M., et al. (2013). "Evaluation of services for children with complex needs: mapping service provision in one NHS Trust." *Prim Health Care Res Dev* **14**(1): 52-62.

AIM: The aim of this paper is to identify and descriptively map the key characteristics of the model of service delivery in operation, and to explore the user, carer and professional experience of service provision. This included an exploration of congruity and mismatch between the different stakeholder groups. BACKGROUND: In the United Kingdom (UK), 15% of the children under five years of age and 20% of the 5 to 15-year age group are reported to have a complex long-term condition, with the likelihood of having a condition increasing according to socio-economic circumstances. An increasing number of young people with complex needs are now surviving into late adolescence and early adulthood. However, service provision for children with complex needs is an area that, nationally, has been underdeveloped. METHODS: An exploratory single-site case study was undertaken across one Primary Care Trust in the UK. Documentary and policy review were undertaken along with in-depth qualitative exploration. Eighteen in-depth interviews were undertaken with relevant stakeholders and professionals across the multidisciplinary teams. Families with children between 12 months and 16 years of age who have continuing complex care needs were invited to take part in an interview to give their views about the care they receive. Interviews focused on the family experience and understanding of the child's condition, transition between secondary and primary care, effectiveness of admission and discharge planning and the overall contribution of different professionals. Professionals were also

asked about their experiences of delivering care. Findings This study highlighted issues of communication between professionals and with parents and children as a major factor in determining the quality of service provision. Key aspects relating to the model of service provision, namely, paucity of communication, interagency collaboration and the parent as health worker, are highlighted. CONCLUSIONS: Parents experienced both health and social service communication challenges when seeking care for their child. These challenges can be located within a general systems theory and hierarchy approaches to understand the complexity of service provision.

Cabrero, G. R. et Gallego, V. M. (2013). Long-Term Care in Spain: Between Family Care Tradition and the Public Recognition of Social Risk. Reforms in Long-Term Care Policies in Europe: Investigating Institutional Change and Social Impacts. Ranci, C. et Pavolini, E., New York and Heidelberg: Springer: 201-219.

Hallberg, I. R., Leino-Kilpi, H., Meyer, G., et al. (2013). "Dementia care in eight European countries: developing a mapping system to explore systems." J Nurs Scholarsh 45(4): 412-424.

PURPOSE: There is a knowledge gap with regard to the structure of the care and service system available to persons with dementia. This is very much a concern for nurses who are the main providers in the care of dementia. The study, a part of the "RightTimePlaceCare" project, describes the development and content of a mapping system aimed at exploring the content of care and service for persons with dementia and their informal caregiver throughout the disease trajectory. The usefulness of the mapping system is illustrated in describing the availability of care and service at the diagnostic stage, and at the institutional and palliative stages. DESIGN: A descriptive cross-country design concerning eight European countries differing in demographic composition and terms of long-term care provided is employed. METHODS: A modified consensus strategy was used to develop the mapping system and define the terminology. Thereafter, each country's mapping system was completed by its research group collecting country-specific information and using expert groups either as consultants or for completing the system. FINDINGS: The consensus procedure worked satisfactorily with regard to content and definitions, whereas assessing the availability and utilization of care and service was problematic. Some 50 types care and service activities were identified and defined and were categorized as follows: (a) screening, diagnostic procedures, and treatment of dementia; (b) outpatient care facilities; (c) care at home; (d) institutional care; (e) palliative care; (f) informal caregiving and supportive actions; and (g) civic activities. Care at home included the broadest range of activities; palliative care, informal caregiving, and supportive actions were the smallest range. CONCLUSIONS: The dementia care systems were found to be comprehensive and to emphasize home care. Activities aimed at transferring knowledge to informal caregivers, though highly important for home care, seemed less extensive. The mapping system appears useful from a nurse manager's standpoint for exploring the dementia care pathway. Comparisons between countries appear useful for developing the care system and for sharing information of how to perfect it. Further testing and development are needed regarding information on the availability and utilization of care and service activities. CLINICAL RELEVANCE: The mapping system can be useful in clarifying the dementia care system for those concerned, in helping nurse researchers and managers review and initiate evaluation and communicate with policy makers, as well as to ensure that providers use appropriate parts of the system. It can also be useful in national and international comparative studies.

Jimenez-Martin, S. et Vilaplana, C. (2013). Do Spanish informal caregivers come to the rescue of dependent people with formal care unmet needs? Barcelone Universitat Pompeu Fabra

This paper analyses the effect of unmet formal care needs on informal caregiving hours in Spain using the two waves of the Informal Support Survey (1994, 2004). Testing for double sample selection from formal care receipt and the emergence of unmet needs provides evidence that the omission of either one of these two variables would cause underestimation of the number of informal caregiving hours. After controlling for these two factors the number of hours of care increases with both the degree of dependency and unmet needs. In the presence of unmet needs, the number of informal caregiving hours increases when some formal care is received. This result refutes the substitution model and supports complementarity or task specificity between both types of care. For the same combination of formal care and unmet needs, informal caregiving hours increased between 1994 and 2004. Finally, in the model for 2004, the selection term associated with the unmet needs equation is larger than that of the formal care equation, suggesting that using the number of formal care recipients as an indicator of the goodness of the long-term care system may be confounding, if we do not complete this information with other quality indicators.

Lippi-Bruni, M. et Ugolini, C. (2013). Delegating home care for the elderly to external caregivers? An empirical study on Italian data. Bologna University of Bologna
https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2334299

We study care arrangement decisions in Italy, where families are increasingly delegating the role of primary caregiver to external (paid) people also for the provision of home care. We consider a sample of households with a dependent elderly person cared for either at home or in a residential home, extracted from a survey representative of the population of Italy's Emilia-Romagna region. We investigate the determinants of a household's decision to opt for one of the following three alternatives: the institutionalisation of elderly family members, informal home care, or paid home care. We estimate two model specifications, based on a simultaneous and a sequential decision process respectively, the results of which are fairly consistent. Disability related variables, rather than family characteristics, emerge as the main determinants of institutionalisation. On the other hand, household characteristics and socio-economic variables are more influential when it comes to choosing between informal and formal home care provisions

Lodenstein, E., Dieleman, M., Gerretsen, B., et al. (2013). "A realist synthesis of the effect of social accountability interventions on health service providers' and policymakers' responsiveness." *Syst Rev* 2: 98.

BACKGROUND: Accountability has center stage in the current post-Millennium Development Goals (MDG) debate. One of the effective strategies for building equitable health systems and providing quality health services is the strengthening of citizen-driven or social accountability processes. The monitoring of actions and decisions of policymakers and providers by citizens is regarded as a right in itself but also as an alternative to weak administrative accountability mechanisms, in particular in settings with poor governance. The effects of social accountability interventions are often based on assumptions and are difficult to evaluate because of their complex nature and context sensitivity. This study aims to review and assess the available evidence for the effect of social accountability interventions on policymakers' and providers' responsiveness in countries with medium to low levels of governance capacity and quality. For policymakers and practitioners engaged in health system strengthening, social accountability initiatives and rights-based approaches to health, the findings of this review may help when reflecting on the assumptions and theories

of change behind their policies and interventions. METHODS/DESIGN: Little is known about social accountability interventions, their outcomes and the circumstances under which they produce outcomes for particular groups or issues. In this study, social accountability interventions are conceptualized as complex social interventions for which a realist synthesis is considered the most appropriate method of systematic review. The synthesis is based on a preliminary program theory of social accountability that will be tested through an iterative process of primary study searches, data extraction, analysis and synthesis. Published and non-published (grey) quantitative and qualitative studies in English, French and Spanish will be included. Quality and validity will be enhanced by continuous peer review and team reflection among the reviewers. DISCUSSION: The authors believe the advantages of a realist synthesis for social accountability lie in the possibility of overcoming disciplinary or paradigmatic boundaries often found in public health and development. In addition, they argue that this approach fills the knowledge gap left by conventional synthesis or evaluation exercises of participatory programs. Finally, the authors describe the practical strategies adopted to address methodological challenges and validity.

Meagher, G. et Szebehely, M. (2013). Long-Term Care in Sweden: Trends, Actors, and Consequences. Reforms in Long-Term Care Policies in Europe: Investigating Institutional Change and Social Impacts. Ranci, C. et Pavolini, E., New York and Heidelberg: Springer: 55-78.

Sobis, I. (2013). "Comparison of Public and Private Home Care Services for Elderly in Gothenburg Region, Sweden 2013." Mednarodna Revija za Javno Upravo/International Public Administration Review **11**(3-4): 25-51.
<http://uprava.fu.uni-lj.si/index.php/IPAR/index>

The purpose of this study is to compare and evaluate the public and private home care services for elderly given economic limitations after delegating them to municipality in the Gothenburg Region. The additional aim is to make politicians conscious about this development. The theoretical model of delegation and decentralization by Cristiano Castelfranchi and Rino Falcone (1998) and the Resource Dependency Theory by Pfeffer and Salancik (1978) constitute the theoretical reference frame. The study is based on an analysis of state regulation, policy documents and semi-structured interviews with the chief responsible for public and private home care services for elderly at the municipal level. This study reveals that the delegation of care for elderly to the municipalities faced some serious problems not to be solved until 2013 and surprisingly that these problems are especially seen where the recipients of such care don't have a choice on their service provider. The lesson drawn from the research is that if politicians or other authorities take away the right from people to make their own decisions about their own lives, this inevitably results in dissatisfaction and subsequent reforms.

2012

Carretero, S., Stewart, J., Enteno, C., et al. (2012). Can Technology-based Services support Long-term Care Challenges in Home Care? Analysis of Evidence from Social Innovation Good Practices across the EU: CARICT Project Summary Report. Luxembourg Publications Office of the European Union: 112.
<http://ftp.irc.es/EURdoc/JRC77709.pdf>

The main results show that there is a wide range of successful, not very costly and beneficial examples of ICT-based support for carers across Europe. The cross-analysis indicated that

these services had positive impacts on the quality of life of elderly people and informal carers, the quality of care and the financial sustainability of the health and social systems.

Hoeck, S., Francois, G., Geerts, J., et al. (2012). "Health-care and home-care utilization among frail elderly persons in Belgium. *Eur J Public Health* **22** (5):671-7.

BACKGROUND: The patterns of health- and home-care utilization among Belgian frail elderly persons living at home with varying socio-economic status are currently unknown. **METHODS:** In this cross-sectional study based on a representative sample of 4777 elderly participants (≥ 65 years) in the Belgian Health Interview Survey the prevalence of frailty, as determined by items referring to the Fried phenotype, was estimated according to age, gender, comorbidity, place of residence, survey year, living situation and socio-economic status. Differing health-care utilization [contacts with a general practitioner (GP), specialist and emergency department; and hospital admission) and home-care utilization (home nursing, home help and meals-on-wheels] patterns among the frail, prefrail and robust subpopulations were examined. **RESULTS:** Overall, 9.3% respondents (426) were classified as frail, 30.7% (1636) as prefrail and 60.0% (2715) as robust. Frailty was associated with age, gender, comorbidity, region, survey year and socio-economic status. The frail and prefrail groups were more likely than the robust to contact a GP, a specialist or an emergency department and were more likely to be admitted to hospital, independent of age, gender, comorbidity, survey year, living situation, region and socio-economic status. They were also more likely to appeal to home nursing, home help and meals-on-wheels than the robust participants. **CONCLUSION:** Even after adjustment for potential confounders, including age, gender and comorbidity, frailty among Belgian elderly persons is associated with their socio-economic status and is strongly associated with their health- and home-care utilization

Mac Leod, K. K. (2012). "Integrating care for seniors living at home." *Options Politiques* **33**(7): 58-62. <https://policyoptions.irpp.org/fr/magazines/policy-challenges-for-2020/integrating-care-for-seniors-living-at-home/>

Cet article examine comment des soins intégrés y compris les services sociaux et les soins de santé permettent de répondre aux défis suscités par les besoins grandissants des personnes âgées pour des soins à domicile et des services communautaires. L'auteure propose de privilégier cette intégration en tant que méthode économique d'assurer un accès coordonné à des soins de haute qualité, tout en évaluant leur efficacité à la lumière d'une analyse comparative entre les sexes.

Marcen, M. et Molina, J. A. (2012). "Informal caring-time and caregiver satisfaction." *Eur J Health Econ* **13**(6): 683-705. <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10198-011-0322-2>

This paper examines the role of care decision processes on informal caring-time choices. We focus on three care decisions: the caregiver's own decision, a family decision and a recipient request. Results show that informal caregivers, engaged in care activities as a result of a family decision, are more likely to devote more than 5 h to care activities, even after allowing for endogeneity. Our findings are robust to controlling for a large number of socio-demographic characteristics, including care recipient and caregiver characteristics. Supplemental analysis, developed to explore whether care arrangements are related to informal caregiver's satisfaction, indicates that the family decision heavily penalizes informal caregivers. Given the importance of informal care activities in reducing health care costs, our findings imply that care decision processes should be taken into consideration when

formulating health care policies

Rodrigues, R. , Huber, M. é. et Lamura, G. (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

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.

Sundmacher, L., Jimenez, Martin, S. et Villaplana Prieto, C. (2012). "The trade-off between formal and informal care in Spain." European Journal of Health Economics (The) **13**(4): 461-490

Understanding the factors that determine the type and amount of formal care is important for predicting use in the future and developing long-term policy. In this context, we jointly analyze the provision of care at both the extensive (choice of care) and the intensive margin (number of hours of care received). In particular, we estimate and test, for the first time in this area of research, a sample selection model with the particularities that the first step is a multinomial logit model and the hours of care is an interval variable. Our results support the complementary and task-specific models which evidence has been found in other countries. Furthermore, we obtain evidence of substitution between formal and informal care for the male, young, married and unmarried subsamples. Regarding the hours of care, we find significant biases in predicted hours of care when sample selection is not taken into account. For the whole sample, the average bias is 2.77% for total hours and 3.23% for formal care hours. However, biases can be much larger (up to 10?15%), depending on the subsample and the type of care considered.

Szebehely, M. et Trydegard, G. B. (2012). "Home care for older people in Sweden: a universal model in transition." Health Soc Care Community **20**(3): 300-309.

One aspect of universalism in Swedish eldercare services is that publicly financed and publicly provided services have been both affordable for the poor and attractive enough to be preferred by the middle class. This article identifies two trends in home care for older people in Sweden: a decline in the coverage of publicly funded services and their increasing marketisation. We explore the mechanisms behind these trends by reviewing policy documents and official reports, and discuss the distributional consequences of the changes by analysing two data sets from Statistics Sweden: the Swedish Level of Living surveys from 1988/1989 and 2004/2005 and a database on all users of tax deductions on household and care services in 2009. The analysis shows that the decline of tax-funded home care is not the result of changing eldercare legislation and was not intended by national policy-makers. Rather the decline was caused by a complex interplay of decision-making at central and local levels, resulting in stricter municipal targeting. The trend towards marketisation has been more clearly intended by national policy-makers. Legislative changes have opened up tax-funded services to private provision, and a customer-choice (voucher) model and a tax deduction for household- and care services have been introduced. As a result of declining tax-funded home-care services, older persons with lower education increasingly receive family care, while those with higher education are more likely to buy private services. The combination of income-related user fees, customer-choice models and the tax deduction has created an incentive for high-income older persons to turn to the market instead of using

public home-care services. Thus, Swedish home care, as a universal welfare service, is now under threat and may become increasingly dominated by groups with less education and lower income which, in turn, could jeopardise the quality of care.

Theobald, H. (2012). "Home-based care provision within the German welfare mix." Health Soc Care Community **20**(3): 274-282.

With the introduction of long-term care insurance (LTCI) in 1995/96, Germany established a universal long-term care scheme within a cost containment framework to provide public support in defined situations of care dependency. The scheme aimed to promote ageing in place with an emphasis on public support for family care provision as a precondition. A further aim was the expansion of market-oriented professional care services to offer users a choice between family and professional care provision and care providers. The focus of this study is on the interplay of formal and informal family care provision within the institutional framework of LTCI, as well as the organisation, regulations and mix of different types of formal care services. In a first step, an examination of the interplay of formal and informal care provision shows the largely family-oriented care strategy, the burdened situation of informal carers, the mix of rationalities of service use and their interrelationship with socioeconomic inequality. In a second step, an analysis of the organisation of different types of formal services reveals paid care provision that emerges in the interplay of politicians' strategies to develop professional care services within the framework of LTCI, bottom-up strategies of users to increase the range of services outside the framework of LTCI and efforts of politicians to regulate the latter. Basic orientations of care provision underlying the development process such as user orientation, quality and comprehensiveness guided the process and are used to analyse the development. Finally, the discussion of the situation of care workers reveals a contradictory picture with increasing employment opportunities, a comparably well-qualified workforce and worsening employment conditions. Empirically, the research is based on an institutional analysis of LTCI combined with a literature review and representative statistics.

Verbeek, H., Meyer, G., Leino-Kilpi, H., et al. (2012). "A European study investigating patterns of transition from home care towards institutional dementia care: the protocol of a RightTimePlaceCare study." BMC Public Health **12**: 68.

BACKGROUND: Health care policies in many countries aim to enable people with dementia to live in their own homes as long as possible. However, at some point during the disease the needs of a significant number of people with dementia cannot be appropriately met at home and institutional care is required. Evidence as to best practice strategies enabling people with dementia to live at home as long as possible and also identifying the right time to trigger admission to a long-term nursing care facility is therefore urgently required. The current paper presents the rationale and methods of a study generating primary data for best-practice development in the transition from home towards institutional nursing care for people with dementia and their informal caregivers. The study has two main objectives: 1) investigate country-specific factors influencing institutionalization and 2) investigate the circumstances of people with dementia and their informal caregivers in eight European countries. Additionally, data for economic evaluation purposes are being collected.

METHODS/DESIGN: This paper describes a prospective study, conducted in eight European countries (Estonia, Finland, France, Germany, Netherlands, Sweden, Spain, United Kingdom). A baseline assessment and follow-up measurement after 3 months will be performed. Two groups of people with dementia and their informal caregivers will be included: 1) newly admitted to institutional long-term nursing care facilities; and 2) receiving professional long-

term home care, and being at risk for institutionalization. Data will be collected on outcomes for people with dementia (e.g. quality of life, quality of care), informal caregivers (e.g. caregiver burden, quality of life) and costs (e.g. resource utilization). Statistical analyses consist of descriptive and multivariate regression techniques and cross-country comparisons. DISCUSSION: The current study, which is part of a large European project 'RightTimePlaceCare', generates primary data on outcomes and costs of long-term nursing care for people with dementia and their informal caregivers, specifically focusing on the transition from home towards institutional care. Together with data collected in three other work packages, knowledge gathered in this study will be used to inform and empower patients, professionals, policy and related decision makers to manage and improve health and social dementia care services.

2011

Candy, B., Holman, A., Leurent, B., et al. (2011). "Hospice care delivered at home, in nursing homes and in dedicated hospice facilities: A systematic review of quantitative and qualitative evidence." *Int J Nurs Stud* **48**(1): 121-133.

BACKGROUND: Hospice care supports patients and their families physically and emotionally through the dying phase. In many countries a substantial portion of specialised end-of-life care is provided through hospices. Such care has developed outside of general healthcare and is commonly provided in a patient's home or in dedicated facilities. Hospice provision may need to increase in the future due to an ageing population with a greater need for access to end-of-life care. OBJECTIVES: In this systematic review we sought to identify the current evidence on (1) the effectiveness, including cost-effectiveness, of hospices, and hospice care in a patient's home and in nursing homes and (2) the experiences of those who use and of those who provide such services. METHODS: We included quantitative and qualitative studies on hospice care that was provided in a patient's home, nursing home or hospice. We did not include studies on end-of-life care that was provided as part of general healthcare provision, such as by general practitioners in primary care, community nurses or within general hospitals. For quantitative evaluations we included only those that compared hospice care with usual generalist healthcare. The databases CINAHL, MEDLINE, EMBASE, and The Cochrane Library were searched from 2003 to 2009. Evidence was assessed for quality and data extractions double-checked. For quantitative studies we present the outcome data comparing hospice versus usual care. For qualitative evaluations we organise findings thematically. FINDINGS: Eighteen comparative evaluations and four thematic papers were identified. Quantitative evidence, mostly of limited quality in design, showed that hospice care at home reduced general health care use and increased family and patient satisfaction with care. Main themes in the qualitative literature revealed that home hospice services support families to sustain patient care at home and hospice day care services generate for the patient a renewed sense of meaning and purpose. CONCLUSIONS: Although studies had methodological limitations, in this review we found much evidence to support the benefits of hospice care. There were limited evaluations found on the impact of hospice care on psychological well-being, such as symptoms of depression, and on inpatient hospice care and non-hospital related costs.

Columbo, F., Mercier, J. et Jagger, C. (2011). "Ageing and long-term care." *Eurohealth* **17**(2-3) http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/150246/Eurohealth-Vol17-No-2-3-Web.pdf

cover European and OECD countries with topics including: future demand, cost projections, chronic diseases, remote care, workforce issues, etc. Other articles include: the European Directive on cross-border health care (England); the future of NICE (England); and the effects of hospital ownership on performance (Germany).

Heckman, G. A. (2011). "Integrated Care for the Frail Elderly." *Healthc Pap* **11**(1): 62-68.

Chronic disease management initiatives have thus far focused on single disease entities. The challenge of an aging population is the occurrence of multiple diseases, complicated by geriatric syndromes, in the same person. The term frailty is used to denote such persons, who are more vulnerable to poor health outcomes when challenged by a health stressor. In this paper, it is argued that frailty is a chronic condition and thus requires a chronic disease management approach. Hospital-based and community interventions for managing frail seniors are discussed, with a focus on enhancing primary care, and with appropriate and targeted support from geriatric specialists in the form of capacity building as well as direct clinical service. Finally, a model for integrating individual geriatric interventions into a broader system is proposed.

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

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.

Vilaplana Prieto, C. (2011). Informal Care, Labour Force Participation and Unmet Needs for Formal Care in the EU-27, Croatia and Turkey. *ENEPRI Research Reports*, n°97. Bruxelles ENEPRI: <https://www.ceps.eu/ceps-publications/informal-care-labour-force-participation-and-unmet-needs-formal-care-eu-27-croatia-and/>

This study seeks to estimate the effects of problems in labour force participation and unmet needs for formal care on informal caregiving. Using information for 2007 from Eurobarometer 283/Wave 67.3 for the EU-27 and the two candidate countries, Turkey and Croatia, we estimate a trivariate probit model dealing with the potential endogeneity of labour force participation problems and unmet needs for formal care. The results suggest that in the context of labour force participation problems, there is also an

2010

Ducharme, F., Lévesque, L., Caron, C. D., et al. (2010). "Mise à l'essai d'un outil d'évaluation des besoins de soutien des proches - aidants d'un parent âgé à domicile : un outil ayant un potentiel d'application en Europe francophone." *Recherche en soins infirmiers* **101**(2): 67-80. <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2010-2-page-67.htm>

Cette étude consistait à mettre à l'essai un outil d'évaluation des besoins de soutien des

proches - aidants d'un parent âgé à domicile, l'ESPA (Entente sur le Soutien aux Proches - Aidants), basé sur une approche de partenariat aidants – intervenants. L'ESPA est une adaptation en milieu québécois du COAT (Carers Outcome Agreement Tool), développé par des chercheurs britanniques et suédois. Suite à une validation transculturelle de l'outil (publiée dans la revue « Recherche en soins infirmiers », juin 2009), la mise à l'essai avait pour objectifs de documenter sa pertinence à identifier les besoins de soutien des proches – aidants et les services requis pour les combler, de même que la portée de l'outil pour guider la pratique des intervenants, notamment les infirmières. La mise à l'essai, effectuée auprès de 17 aidants francophones et anglophones, révèle que les besoins non comblés des aidants sont nombreux et principalement d'ordre psycho-éducatif. L'utilisation de l'ESPA donnerait lieu à une identification des services de soutien correspondant aux attentes et aux besoins des aidants. Selon les intervenantes et les responsables des services à domicile interrogés, l'ESPA servirait de guide à leur pratique en leur offrant un cadre de référence structuré et flexible pour offrir des services sensibles aux besoins des aidants. L'outil permet de concrétiser le processus de partenariat, plus spécifiquement de connaître d'une manière singulière les besoins des aidants, de leur donner du pouvoir en les considérant des acteurs actifs, et de favoriser l'adéquation des services aux besoins. Les résultats s'apparentent à ceux d'autres études, laissant entendre que le rôle d'aidant comporte un noyau commun de besoins et que la portée de l'ESPA serait semblable, quel que soit le milieu de pratique. Somme toute, l'ESPA offre un potentiel d'application dans d'autres milieux de la francophonie.

Fraisse, L. et Nassaut, S. (2010). "La gouvernance par l'évaluation. Les quasi-marchés dans les services à domicile. (Assessment-Based Governance: Quasi-markets in Home Care Services. With English summary.)." *Annals of Public and Cooperative Economics* **81**(4): 537-558.

<http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/%28ISSN%291467-8292/issues>

This article proposes a study of the increasing role played by the evaluation process in the governance of personal and home care services in Europe. The introduction of quasi-markets in several European countries goes hand in hand with an autonomization of the assessment function which becomes a real tool of regulation of the competition. An analytical comparison of several national cases (Belgium, France, and the UK), both on the demand and on the supply side of the service, brings to light the recurring tensions in the objectives pursued by the evaluation process (quality of the service, control of the social budgets, creation of employment), the low consideration of the quality of employment as well as the limits of standardized tools of evaluation in the light of the consumers' free choice rhetoric.

Garces, J., Carretero, S., Rodenas, F., et al. (2010). "The care of the informal caregiver's burden by the Spanish public system of social welfare: a review." *Arch Gerontol Geriatr* **50**(3): 250-253.

This work analyzes the public social services system developed in Spain to attend dependent persons and their informal caregivers, examining in a more detailed way the current capacity of the Spanish public In-Home Help Service (HHS) to meet the demands of dependent elderly persons and its impact on their informal caregiver's burden. We begin with a brief introduction of the services by the Spanish public social services system developed to attend dependency; next, the evolution of the Spanish public HHS is described in a thorough way to identify the pros and cons of this service regarding the informal caregivers' burden of dependent elders. Finally, recommendations are proposed to redesign and restructure this public in-home service to lessen the informal caregiver's burden.

Masuy, A. J. (2010). "Les politiques de soutien aux aidants proches en Belgique : un développement

Pôle documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

Page 291 sur 365

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-soutien-a-domicile-des-personnes-handicapees-et-dependantes.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-soutien-a-domicile-des-personnes-handicapees-et-dependantes.epub

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 mantelzorger en 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'historique 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 Régions 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.

McConkey, R., Kelly, F., Mannan, H. et Craig, S. (2010). "Inequalities in Respite Service Provision: Insights from a National, Longitudinal Study of People with Intellectual Disabilities." *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* **23**(1): 85-94.
<https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2009.00547.x>

Background: Respite or short breaks are frequently sought by parents and demand for them usually exceeds their availability. Methods: Using data from a national database in Ireland of around 16?000 persons living with family carers, the availability of overnight respite provision was monitored over an 8-year period along with the recorded needs for such services. Results? Despite marked rises in the number of people receiving respite breaks resulting from increased government funding, there were marked inequalities in the availability of provision across the country. In recent years the inequalities decreased but still remained. The proportion of families requiring breaks also rose and a similar pattern of inequalities were found here too. Only a small proportion of families who had a recorded need in 1999 were receiving respite services 8'years later and over one third had a continuing need recorded. Conclusion? This study highlighted some of the complexities in reducing inequalities in the provision of respite services and in identifying the need for them. It would be advantageous to develop more explicit criteria regarding the need for respite provision and to record the family?s preferences for the form this provision might take. These adjustments would add to the value of any national database as a service planning tool.

Morel, N. (2010). La prise en charge des personnes âgées dépendantes en Suède de 1930 à 2008: entre réformes et continuité. RT6 Working Paper; 2010-5. Paris AFS
<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00687123/document>

Cet article propose une analyse des transformations dont a fait l'objet la politique envers les personnes âgées dépendantes en Suède, de façon à en objectiver la nature et l'ampleur.

Nous cherchons ici à saisir le changement tant dans sa dimension institutionnelle que dans sa dimension principielle et normative. Pour analyser la nature et l'ampleur de ces transformations, et comprendre l'enjeu que ces transformations représentent en termes de légitimité de cette politique, nous commencerons par une analyse généalogique de la politique envers les personnes âgées dépendantes afin d'en saisir les principes, fondements, et caractéristiques principales. Il ne s'agira pas de rendre compte de façon détaillée de toute histoire de la mise en place de la politique de prise en charge des personnes âgées dépendantes mais plutôt d'en souligner certains moments clef pour présenter la logique et les principes qui ont animé la création et l'évolution de ces dispositifs de façon à pouvoir resituer la nature des enjeux contemporains.

Schulz, E. (2010). The long-term care system in Denmark. *Discussion paper ; 1038*. Berlin DIW
http://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.359021.de/dp1038.pdf

This document provides an overview of the long-term care system, the number and development of beneficiaries and the long-term care policy in Denmark. The report is part of the first stage of the European project ANCIEN (Assessing Needs of Care in European Nations), commissioned by the European Commission under the Seventh Framework Programme (FP7). The first part of the project aims to facilitate structured comparison of the long-term care systems and policies in European Nations. Thus, this report is one of comparable reports provided for most European countries.

ÉTUDES : AUSTRALIE, CANADA, ÉTATS-UNIS, JAPON...

2019

Huber, K., Patel, K., Garrigues, S., et al. (2019). "Interdisciplinary Teams and Home-Based Medical Care: Secondary Analysis of a National Survey." *J Am Med Dir Assoc* **20**(6): 770-774.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S152586101830714X>

Objectives The objective of this study was to describe the use of interdisciplinary teams (IDTs) in home-based medical care practices. **Design** We performed a secondary data analysis using results from the 2013 National Home-Based Primary Care and Palliative Care Network survey of home-based medical care (HBMC) practices. **Setting and Participants** Two hundred forty-six unique HBMC practices were included in this study. **Methods** Descriptive statistics and frequency distributions were generated on the sample characteristics, practice IDT configurations, and routine use of IDT meetings. Associations between practice characteristics, IDT configuration, and routine use of IDT meetings were analyzed using bivariate analyses and logistic regression. **Results** Sixty percent of practices held routinely scheduled IDT meetings. Most practices that used IDTs reported meeting weekly (42.2%) or monthly (26.5%). The most common practice team configurations included billing providers without teams (45.9%), billing providers with both a care coordinator and nurse (23.7%), then practices with either a billing provider and nurse (14.9%) or a billing provider with a care coordinator (14.2%). Practices that conducted regular IDT meetings were more likely to be a group practice rather than solo practice (59% vs 45%, $P = .03$), be owned or sponsored by a primary hospital or health system rather than an independent practice (23% vs 12%, $P = .03$), be financially subsidized by a hospital or health system rather than be independently financed (17% vs 6%, $P = .01$), be affiliated with an academic institution rather than not (30% vs 16%, $P = .01$), and be a not-for-profit vs for-profit entity (30% vs 17% $P = .03$). **Conclusions and Implications** There is substantial diversity in IDT integration in HBMC practices. Routine

IDT care in HBMC will improve care quality but will require clear standards and accountability for it to be fully integrated into HBMC practice.

Kaneko, S., Kawata, K. et Yin, T. (2019). Estimating Family Preference for Home Elderly-care Services: Large-scale Conjoint Survey Experiment in Japan. PRIETI Discussion Paper Series ; 19-E-092. Tokyo The Research Institute of Economy, Trade and Industry: 28.
<http://d.repec.org/n?u=RePEc:eti:dpaper:19092&r=age>

Elderly care services have attracted attention in many aging countries. However, the relative importance of service attributes has not been well evaluated. This paper estimates the consumer surplus of multi-attribute elderly care services at home, which allows us to evaluate them from the social welfare perspective. We propose a new empirical approach combining a fully-randomized conjoint survey experiment and the non-parametric rational choice model. Our survey is for Japanese respondents aged 40-59 and shows that expansions of service contents significantly increases the consumer surplus. Additionally, the surplus gain is completely heterogeneous; while many respondents have no surplus gains, the average surpluses are of significant size among remaining respondents.

Treiger, T. M. (2019). "Long-Term Services and Supports: A Primer for Case Managers: Part 1." Prof Case Manag **24**(1): 4-16.

PURPOSE/OBJECTIVES: The Centers for Medicare & Medicaid (CMS) announced that, beginning in 2019, Medicare Advantage health plans may begin offering additional benefits for nonmedical home services. In 2019, this change impacts the Long-Term Services and Supports (LTSS) landscape dramatically. This two-part article describes LTSS, its traditional demographic and health care footprint, the regulatory and accreditation landscape, quality measurement and outcomes, and the critical importance of maintaining care continuity for individuals receiving LTSS. The objectives are to: PRIMARY PRACTICE SETTING(S):: Applicable to all health care sectors where case management is practiced. FINDINGS/CONCLUSIONS: Historically, once Medicare recognizes a product or service, managed health plans and commercial insurance carriers follow suit. Professional case managers must become fluent in the language of LTSS, the implications of these CMS changes, and the impact on case management practice across the care continuum. IMPLICATIONS FOR PROFESSIONAL CASE MANAGEMENT PRACTICE: Professional case managers should understand LTSS, especially as it pertains to care transitions and continuity of health care services to our most vulnerable clients.

2018

(2018). "Home Care Case Managers' Integrated Care of Older Adults With Multiple Chronic Conditions: A Scoping Review." Prof Case Manag **23**(4): E1-e2.

Abdi, J., Al-Hindawi, A., Ng, T., et al. (2018). "Scoping review on the use of socially assistive robot technology in elderly care." BMJ Open **8**(2): e018815.

OBJECTIVE: With an elderly population that is set to more than double by 2050 worldwide, there will be an increased demand for elderly care. This poses several impediments in the delivery of high-quality health and social care. Socially assistive robot (SAR) technology could assume new roles in health and social care to meet this higher demand. This review qualitatively examines the literature on the use of SAR in elderly care and aims to establish

the roles this technology may play in the future. DESIGN: Scoping review. DATA SOURCES: Search of CINAHL, Cochrane Library, Embase, MEDLINE, PsychINFO and Scopus databases was conducted, complemented with a free search using Google Scholar and reference harvesting. All publications went through a selection process, which involved sequentially reviewing the title, abstract and full text of the publication. No limitations regarding date of publication were imposed, and only English publications were taken into account. The main search was conducted in March 2016, and the latest search was conducted in September 2017. ELIGIBILITY CRITERIA: The inclusion criteria consist of elderly participants, any elderly healthcare facility, humanoid and pet robots and all social interaction types with the robot. Exclusions were acceptability studies, technical reports of robots and publications surrounding physically or surgically assistive robots. RESULTS: In total, 61 final publications were included in the review, describing 33 studies and including 1574 participants and 11 robots. 28 of the 33 papers report positive findings. Five roles of SAR were identified: affective therapy, cognitive training, social facilitator, companionship and physiological therapy. CONCLUSIONS: Although many positive outcomes were reported, a large proportion of the studies have methodological issues, which limit the utility of the results. Nonetheless, the reported value of SAR in elderly care does warrant further investigation. Future studies should endeavour to validate the roles demonstrated in this review. SYSTEMATIC REVIEW REGISTRATION: NIHR 58672.

Afzal, A., Stolee, P., Heckman, G. A., et al. (2018). "The role of unregulated care providers in Canada-A scoping review." *Int J Older People Nurs* **13**(3): e12190.

AIMS AND OBJECTIVES: This scoping review explored: (i) the role of unregulated care providers in the healthcare system; (ii) their potential role on interprofessional teams; (iii) the impact of unregulated care provider's role on quality of care and patient safety; and (iv) education and employment standards. BACKGROUND: Unregulated care providers in Canada assist older adults with personal support and activities of daily living in a variety of care settings. As the care needs of an aging population become increasingly complex, the role of unregulated care providers in healthcare delivery has also evolved. Currently, many unregulated care providers are performing tasks previously performed by regulated health professionals, with potential implications for quality of care and patient safety. Information is fragmented on the role, education and employment standards of unregulated care providers. METHODS: A scoping review was conducted following the methods outlined by Arksey and O'Malley (*International Journal of Social Research Methodology*, 8, 2005, 19) and Levac, Colquhoun, and O'Brien (*Implementation Science*, 5, 2010, 69). An iterative search of published and grey literature was conducted from January 2000 to September 2016 using Medline, CINAHL, SCOPUS and Google. Inclusion and exclusion criteria were applied to identify relevant studies published in English. RESULTS: The search yielded 63 papers for review. Results highlight the evolving role of unregulated care providers, a lack of recognition and a lack of authority for unregulated care provider decision-making in patient care. Unregulated care providers do not have a defined scope of practice. However, their role has evolved to include activities previously performed by regulated professionals. Variations in education and employment standards have implications for quality of care and patient safety. CONCLUSIONS: Unregulated care providers are part of an important workforce in the long-term care and community sectors in Canada. Their evolving role should be recognised and efforts made to leverage their experience on interprofessional teams and reduce variations in education and employment standards. IMPLICATIONS FOR PRACTICE: This study highlights the evolving role of unregulated care providers in Canada and presents a set of recommendations for implementation at micro, meso, and macro policy levels.

Akemura, S. et Kojima, D. (2018). "Japan's Long-Term Care Cost Projections: Comparison with the European Commission Ageing Report." *Public Policy Review* **14**(4): 541-561.

Japan's long-term care costs are increasing at a higher rate than other social security-related costs. Therefore, it is important to examine the exacerbating and constraining factors on future long-term care costs using various scenario hypotheses. This study establishes four scenarios based on the European Commission's Ageing Report (2015)--the base case, high life expectancy, constant disability, and shift to formal care scenarios--to project Japan's long-term care costs until 2060 and also examines the factors affecting future long-term care costs. Moreover, the projection results for Japan and various EU countries for the four selected scenarios are compared in order to examine the particular characteristics of Japan's long-term care costs. The projection results show that Japan's long-term care costs for the period 2013-2060 rise significantly in each scenario, while individual comparisons show that both the high life expectancy and shift to formal care scenarios rise further than in the base case scenario, while long-term costs decrease in the constant disability scenario. Furthermore, the comparison of the projection results for Japan and the EU countries by scenario show that Japan, which is significantly affected by aging, has a greater scale of increase in the high life expectancy scenario and a greater scale of constraint in the constant disability scenario.

Baird, L. G. et Fraser, K. (2018). "Home Care Case Managers' Integrated Care of Older Adults With Multiple Chronic Conditions: A Scoping Review." *Prof Case Manag* **23**(4): 165-189.

PURPOSE OF STUDY: The purpose of this scoping review was to explore peer-reviewed research and gray literature to examine the extent, range, and nature of available research that describes how home care case managers (HCCMs) provide integrated care for older adults with multiple chronic conditions (MCCs); identify how case management standards of practice correspond with functions of integrated care; identify facilitators and barriers to case management and integrated care delivery; and propose a framework to describe how HCCMs can use case management standards to provide integrated care to older adults with MCCs. **PRIMARY PRACTICE SETTING:** Community, home care settings. **METHODOLOGY AND SAMPLE:** Scoping review; older adults older than 65 years with MCCs, case managers and health care professionals who provide care for older adults with MCCs. **RESULTS:** The study findings demonstrated that HCCMs consistently used the case management standards assessment, planning, implementation, and evaluation to provide all professional and clinical integrated care functions, and were least likely to use the standards of identification of client and eligibility for case management and transition to provide professional and clinical integrated care functions.

Brown, C. L. et Menec, V. (2018). "Integrated Care Approaches Used for Transitions from Hospital to Community Care: A Scoping Review." *Can J Aging* **37**(2): 145-170.

Integrated care is a promising approach for improving care transitions for older adults, but this concept is inconsistently defined and applied. This scoping review describes the size and nature of literature on integrated care initiatives for transitions from hospital to community care for older adults (aged 65 and older) and how this literature conceptualizes integrated care. A systematic search of literature from the past 10 years yielded 899 documents that were screened for inclusion by two reviewers. Of the 48 included documents, there were 26 journal articles and 22 grey literature documents. Analysis included descriptive statistics and a content analysis approach to summarize features of the integrated care initiatives. Results suggest that clinical and service delivery integration is being targeted rather than integration

of funding, administration, and/or organization. To promote international comparison of integrated care initiatives aiming to improve care transitions, detailed descriptions of organizational context are also needed.

Dainty, K. N., Golden, B. R., Hannam, R., et al. (2018). "A realist evaluation of value-based care delivery in home care: The influence of actors, autonomy and accountability." *Social Science & Medicine* **206**: 100-109.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953618301655>

The increasing demand for home care is occurring in tandem with the need for governments to contain health care costs, maximize appropriate resource utilization and respond to patient preferences for where they receive care. We describe the evaluation of the Integrated Client Care Project (ICCP), a government funded project designed to improve value for outcomes for patients referred to community wound care services in Ontario, Canada. We applied a realist evaluation methodology in order to unpack the influences of contextual and mechanistic choices on the intended outcomes of the ICCP implementation. We collected data through ethnographic methods including 36 months of field observation, 46 key informant interviews and contemporaneous document analysis. The findings presented here highlight how theoretical mechanisms were negatively impacted by strong contextual patterns and weak implementation which led to underwhelming outcomes. Autonomy of the participant organizations, lack of power within the implementation team to drive change, opacity of the goals of the program, and disregard for the impact of complex historical relations within the home care sector compounded to undermine the intended outcome.

Feinglass, J., Norman, G., Golden, R. L., et al. (2018). "Integrating Social Services and Home-Based Primary Care for High-Risk Patients." *Popul Health Manag* **21**(2): 96-101.

There is a consensus that our current hospital-intensive approach to care is deeply flawed. This review article describes the research evidence for developing a better system of care for high-cost, high-risk patients. It reviews the evidence that home-centered care and integration of health care with social services are the cornerstones of a more humane and efficient system. The article describes the strengths and weaknesses of research evaluating the effects of social services in addressing social determinants of health, and how social support is critical to successful acute care transition programs. It reviews the history of incorporating social services into care management, and the prospects that recent payment reforms and regulatory initiatives can succeed in stimulating the financial integration of social services into new care coordination initiatives. The article reviews the literature on home-based primary care for the chronically ill and disabled, and suggests that it is the emergence of this care modality that holds the greatest promise for delivery system reform. In the hope of stimulating further discussion and debate, the authors summarize existing viewpoints on how a home-centered system, which integrates social and medical services, might emerge in the next few years.

Johnson, S., Bacsu, J., Abeykoon, H., et al. (2018). "No Place Like Home: A Systematic Review of Home Care for Older Adults in Canada." *Can J Aging* **37**(4): 400-419.

ABSTRACT Given Canada's aging population, the demand for home care is expected to increase significantly. To date, little is known about home care for older adults in Canada such as characteristics of home care recipients, gaps in services, or interventions designed to support home care client needs. Consequently, we conducted a systematic review of seven

electronic databases for the years 2000-2016 to examine the current knowledge of home care services for Canada's older adults. This synthesis examined four main themes in the literature: older adult client-level predictors; unmet care needs; interventions; and issues and challenges in home care. This review found significant knowledge gaps on home care for older adults across the country, as over half of the studies were focused primarily in Ontario. Although promising strategies were evident, more research and evaluation of interventions, and outcomes are required to effectively support Canada's home care system now and over time.

Lieber, E. M. J. et Lockwood, L. M. (2018). Targeting with In-kind Transfers: Evidence from Medicaid Home Care. *NBER Working Paper Series* ; n° 24267. Cambridge NBER
<http://papers.nber.org/papers/W24267>

Many of the most important government programs make transfers in kind as opposed to in cash. Making transfers in kind has the obvious cost that recipients would often prefer cost-equivalent cash transfers. But making transfers in kind can have benefits as well, including better targeting transfers to desired recipients or states of the world. In this paper, we develop a framework for evaluating this tradeoff and apply it to home care. Exploiting large-scale randomized experiments run by three state Medicaid programs, we find that in-kind provision of formal home care significantly reduces the value of benefits to recipients while targeting benefits to a small fraction of the eligible population that has greater demand for formal home care, is sicker, and has worse informal care options than the average eligible. Under a wide range of assumptions within a standard model, the targeting benefit of in-kind provision exceeds the distortion cost. This highlights an important cost of recent reforms that move toward more flexible, cash-like benefits

Morrisby, C., Joosten, A. et Ciccarelli, M. (2018). "Do services meet the needs of people with dementia and carers living in the community? A scoping review of the international literature." *Int Psychogeriatr* **30**(1): 5-14.

BACKGROUND: Providing effective support to the increasing number of people with dementia to remain at home is a challenge for families, health professionals, service providers, and governments worldwide. The aim of this paper was to summarize and disseminate the current international research evidence on the met and unmet needs of people with dementia and their carers, to inform researchers and policy-makers. METHOD: A scoping review methodology was used to guide a search of studies published between 2004 and 2015 using specified search terms; 27 studies relevant to the aim were included. A constant comparison approach was used to thematically analyze the data. RESULTS: Holistic needs encompassing basic human survival, medical, financial, and social needs were experienced by people with dementia and carers, regardless of country or methodology used to collect data. A gap was identified frequently between what was needed and the supports that were received; this gap encompassed quantity, quality, and flexibility of services underpinned by service delivery models. CONCLUSION: The needs of people with dementia and their carers were diverse and not always effectively met by the services designed to support them. Recommendations are offered to service providers, policy-makers, and researchers to support more effective service provision tailored to meet the needs of people with dementia and their carers while they are living in the community.

Peckham, A., Rudoler, D., Li, J. M., et al. (2018). "Community-Based Reform Efforts: The Case of the Aging at Home Strategy." *Health Policy* **14**(1): 30-43.

This paper considers one of Ontario's largest reform efforts: the Aging at Home Strategy (AHS). The AHS was initiated in 2007 to enable people to live independent lives in their own homes. A document review was conducted on relevant government materials to assess the goals and objectives of the AHS as it was rolled out over the course of three years. The findings identify that by the third year of the AHS, there was a reduction in the discretionary powers of the regional health authorities to allocate funds based on local priorities. These findings also highlight that the "mainstream" subsectors of the healthcare system - medical and hospital services - and those outside the mainstream (or the "marginal" subsectors) face different institutional boundaries, policy legacies, political actors and policy agendas. While interests within the mainstream subsector are organized and institutionalized, the marginal subsectors are fragmented, creating a power imbalance where the priorities of the mainstream subsector dominate.

Pesko, M. F., Gerber, L. M., Peng, T. R., et al. (2018). "Home Health Care: Nurse-Physician Communication, Patient Severity, and Hospital Readmission." *Health Serv Res* **53**(2): 1008-1024.

OBJECTIVE: To evaluate whether communication failures between home health care nurses and physicians during an episode of home care after hospital discharge are associated with hospital readmission, stratified by patients at high and low risk of readmission. **DATA SOURCE/STUDY SETTING:** We linked Visiting Nurse Services of New York electronic medical records for patients with congestive heart failure in 2008 and 2009 to hospitalization claims data for Medicare fee-for-service beneficiaries. **STUDY DESIGN:** Linear regression models and a propensity score matching approach were used to assess the relationship between communication failure and 30-day readmission, separately for patients with high-risk and low-risk readmission probabilities. **DATA COLLECTION/EXTRACTION METHODS:** Natural language processing was applied to free-text data in electronic medical records to identify failures in communication between home health nurses and physicians. **PRINCIPAL FINDINGS:** Communication failure was associated with a statistically significant 9.7 percentage point increase in the probability of a patient readmission (32.6 percent of the mean) among high-risk patients. **CONCLUSIONS:** Poor communication between home health nurses and physicians is associated with an increased risk of hospital readmission among high-risk patients. Efforts to reduce readmissions among this population should consider focusing attention on this factor.

Ritchie, C. S. et Leff, B. (2018). "Population Health and Tailored Medical Care in the Home: the Roles of Home-Based Primary Care and Home-Based Palliative Care." *Journal of Pain and Symptom Management* **55**(3): 1041-1046.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392417305420>

With the growth of value-based care, payers and health systems have begun to appreciate the need to provide enhanced services to homebound adults. Recent studies have shown that home-based medical services for this high-cost, high-need population reduce costs and improve outcomes. Home-based medical care services have two flavors that are related to historical context and specialty background—home-based primary care (HBPC) and home-based palliative care (HBPaC). Although the type of services provided by HBPC and HBPaC (together termed “home-based medical care”) overlap, HBPC tends to encompass longitudinal and preventive care, while HBPaC often provides services for shorter durations focused more on distress management and goals of care clarification. Given workforce constraints and growing demand, both HBPC and HBPaC will benefit from working together within a population health framework—where HBPC provides care to all patients who have trouble accessing traditional office practices and where HBPaC offers adjunctive care to

patients with high symptom burden and those who need assistance with goals clarification. Policy changes that support provision of medical care in the home, population health strategies that tailor home-based medical care to the specific needs of the patients and their caregivers, and educational initiatives to assure basic palliative care competence for all home-based medical providers will improve access and reduce illness burden to this important and underrecognized population.

2017

Busnel, C., Ludwig, C., Mastromauro, L., et al. (2017). "Le RAI-Home Care : utilisation, potentiels et limites dans les soins à domicile." *Gérontologie Et Société* **39 / 153**(2): 182.

<http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2017-2-page-167.htm>

Le vieillissement démographique observé dans les pays industrialisés amène les acteurs de la santé à revoir et adapter les modèles de soins en agissant en amont des situations de dépendance des personnes âgées. Cet article discute des potentiels et des limites du « Resident Assesment Instrument – Home Care » (RAI-HC), un instrument utilisé en routine clinique par les infirmières des soins à domicile. Le RAI-HC permet d'évaluer l'état de santé global des bénéficiaires et d'établir des objectifs individualisés de prise en charge. La qualité et la nature des informations ainsi collectées sont suffisamment riches pour permettre le développement d'indicateurs et de scores reflétant des concepts utilisés dans le domaine de la gérontologie (fragilité, comorbidités, complexité). Néanmoins, pour répondre pleinement aux enjeux de prévention de la dépendance, l'utilisation du RAI-HC nécessite d'être complétée par le recours à des instruments cliniques spécifiques aux domaines de santé évalués et accompagnée de formations adaptées. Ce point est illustré par deux situations domiciliaires : le repérage de la dénutrition et celui des troubles cognitifs.

Gregory, A., Mackintosh, S., Kumar, S., et al. (2017). "Experiences of health care for older people who need support to live at home: A systematic review of the qualitative literature." *Geriatric Nursing* **38**(4): 315-324.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197457216302890>

Perceived experiences of health care for older people who need support to live at home can illuminate areas needing improvement in quality of care, and guide towards better ways to support ageing populations to live at home. This systematic review synthesized findings from the qualitative literature about perceived experiences of health care for older people who need support to live at home, from the perceptions of older people, carers and health providers. Searches of electronic databases and eligibility screening produced 46 included studies for review. Thematic synthesis revealed how health care impacts on the older person's sense of autonomy, both in health care decisions and everyday life. Autonomy is empowered by the older person's own capacity and by respectful conduct of health providers. Engagement between older people, carers and health providers is a negotiated interaction, affected by multiple factors.

Hainstock, T., Cloutier, D. et Penning, M. (2017). "From home to 'home': Mapping the caregiver journey in the transition from home care into residential care." *Journal of Aging Studies* **43**: 32-39.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890406517302426>

Family caregivers play a pivotal role in supporting the functional independence and quality of life of older relatives, often taking on a wide variety of care-related activities over the course of their caregiving journey. These activities help family members to remain in the community and age-in-place for as long as possible. However, when needs exceed family capacities to provide care, the older family member may need to transition from one care environment to another (e.g., home care to nursing home care), or one level of care to another (from less intense to more intensive services). Drawing upon qualitative interview data collected in a populous health region in British Columbia, Canada, this study explores the roles and responsibilities of family caregivers for family members making the care transition from home care to residential care. A thematic analysis of the interview transcripts resulted in the development of a conceptual framework to characterize the "Caregiver Journey" as a process that could be divided into at least three phases: 1) Precursors to transition - recognizing frailty in family members and caregivers prior to transition; 2) Preparing to transition into residential nursing home care (RC) and 3) Post-transition: Finding a new balance - where caregivers adjust and adapt to new caregiving responsibilities. Our analyses revealed that the second phase is the most complex involving a consideration of the various activities, and roles that family caregivers take on to prepare for the care transition including: information gathering, advocacy and system navigation. We conclude that there is a need for family caregivers to be better supported during care transitions; notably through ongoing and enhanced investments in strategies to support caregiver communication and education.

Jarrín, O. F., Kang, Y. et Aiken, L. H. (2017). "Pathway to better patient care and nurse workforce outcomes in home care." *Nursing Outlook* **65**(6): 671-678.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002965541730088X>

Background Unlike the Magnet Recognition Program, the newer Pathway to Excellence Program designed to improve work environments in a broader range of organizations has not yet been the focus of substantial research. **Purpose** The purpose of the study was to examine the association of Pathway to Excellence Program Standards with better patient care quality and workforce outcomes in home care. **Method** Cross-sectional survey of registered nurses yielded informants from 871 home care agencies in the United States. Variables representing each of the 12 Pathway Standards were entered into logistic regression models to determine associations with better patient care and nurse workforce outcomes. **Discussion** All Pathway Standards are strongly and significantly associated with better patient care and better workforce outcomes. Home care agencies with better-rated professional work environments consistently had better patient care and nurse workforce outcomes. **Conclusions** This study validates the Pathway to Excellence Standards as important to patient care quality and nursing workforce outcomes in home care.

Khatutsky, G., Wiener, J. M., Greene, A. M., et al. (2017). "Experience, Knowledge, and Concerns About Long-Term Services and Supports: Implications for Financing Reform." *J Aging Soc Policy* **29**(1): 51-69.

Using the 2014 Survey of Long-Term Care Awareness and Planning, this article examines Americans' experiences, knowledge, and concerns about long-term services and supports (LTSS) and actions they are willing to take if they become disabled. The survey included 15,298 non-institutionalized respondents aged 40 to 70 years drawn from a nationally representative sample. Although many reported some experience with LTSS, knowledge of how LTSS worked was low. Respondents reported widespread concerns about becoming

disabled. They preferred informal care over paid care, with a strong desire to remain in their homes. These results can be used to design reform initiatives and to motivate political support.

Klein, S., Hostetter, M. et McCarthy, D. (2017). "An Overview of Home-Based Primary Care: Learning from the Field." *Issue Brief*: 19.

<http://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2017/jun/overview-home-based-primary-care>

Homebound and functionally limited individuals are often unable to access office-based primary care, leading to unmet needs and increased health care spending. **GOAL:** Show how home-based primary care affects outcomes and costs for Medicare and Medicaid beneficiaries with complex care needs. **METHODS:** Qualitative synthesis of expert perspectives and the experiences of six case-study sites. **FINDINGS AND CONCLUSIONS:** Successful home-based primary care practices optimize care by: fielding interdisciplinary teams, incorporating behavioral care and social supports into primary care, responding rapidly to urgent and acute care needs, offering palliative care, and supporting family members and caregivers. Practices participating in Medicare's Independence at Home Demonstration saved \$3,070 per beneficiary on average in the first year, primarily by reducing hospital use under this shared-savings program. The experience of a risk-based medical group that contracts with health plans and health systems to provide home-based care suggests similar potential to reduce health care spending under capitated or value-based payment arrangements. Making effective home-based primary care more widely available would require a better-prepared workforce, appropriate financial incentives to encourage more clinicians to provide house calls to their home-limited patients, and relevant quality measures to ensure that value-based payment is calibrated to meet the needs of patients and their families.

Mignani, V., Ingravallo, F., Mariani, E., et al. (2017). "Perspectives of older people living in long-term care facilities and of their family members toward advance care planning discussions: a systematic review and thematic synthesis." *Clin Interv Aging* **12**: 475-484.

OBJECTIVE: We aimed to search and synthesize qualitative studies exploring the perspectives of older people living in long-term care facilities and of their family members about advance care planning (ACP) discussions. **METHODS:** The enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research (ENTREQ) framework was used to guide the review and report its results. PubMed, CINAHL, and PsycINFO were searched for studies published between January 2000 and November 2015. All included studies were assessed for comprehensiveness of reporting, and a thematic synthesis of their results was performed. **RESULTS:** The nine included studies differed in terms of qualitative method used, comprehensiveness of reporting, and geographical origin. The thematic synthesis led to the identification of four main themes: 1) plans already made; 2) end-of-life care and decision-making; 3) opinions and attitudes toward ACP; and 4) how, when, about what, and with whom to do ACP. **CONCLUSION:** Despite their willingness to be involved in a shared decision-making process, older residents and their families still have little experience with ACP. **PRACTICAL IMPLICATIONS:** In view of implementing ACP for elders living in long-term care facilities, it would be important to rethink ACP and also to incorporate their nonmedical preferences, according to their own priorities.

Murtaugh, C. M., Deb, P., Zhu, C., et al. (2017). "Reducing Readmissions among Heart Failure Patients Discharged to Home Health Care: Effectiveness of Early and Intensive Nursing Services and

Early Physician Follow-Up." *Health Serv Res* **52**(4): 1445-1472.

OBJECTIVE: To compare the effectiveness of two "treatments"-early, intensive home health nursing and physician follow-up within a week-versus less intense and later postacute care in reducing readmissions among heart failure (HF) patients discharged to home health care. **DATA SOURCES:** National Medicare administrative, claims, and patient assessment data. **STUDY DESIGN:** Patients with a full week of potential exposure to the treatments were followed for 30 days to determine exposure status, 30-day all-cause hospital readmission, other health care use, and mortality. An extension of instrumental variables methods for nonlinear statistical models corrects for nonrandom selection of patients into treatment categories. Our instruments are the index hospital's rate of early aftercare for non-HF patients and hospital discharge day of the week. **DATA EXTRACTION METHODS:** All hospitalizations for a HF principal diagnosis with discharge to home health care between July 2009 and June 2010 were identified from source files. **PRINCIPAL FINDINGS:** Neither treatment by itself has a statistically significant effect on hospital readmission. In combination, however, they reduce the probability of readmission by roughly 8 percentage points ($p < .001$; confidence interval = -12.3, -4.1). Results are robust to changes in implementation of the nonlinear IV estimator, sample, outcome measure, and length of follow-up. **CONCLUSIONS:** Our results call for closer coordination between home health and medical providers in the clinical management of HF patients immediately after hospital discharge.

Threapleton, D. E., Chung, R. Y., Wong, S. Y. S., et al. (2017). "Integrated care for older populations and its implementation facilitators and barriers: A rapid scoping review." *Int J Qual Health Care* **29**(3): 327-334.

Purpose: Inform health system improvements by summarizing components of integrated care in older populations. Identify key implementation barriers and facilitators. **Data sources:** A scoping review was undertaken for evidence from MEDLINE, the Cochrane Library, organizational websites and internet searches. Eligible publications included reviews, reports, individual studies and policy documents published from 2005 to February 2017. **Study selection:** Initial eligible documents were reviews or reports concerning integrated care approaches in older/frail populations. Other documents were later sourced to identify and contextualize implementation issues. **Data extraction:** Study findings and implementation barriers and facilitators were charted and thematically synthesized. **Results of data synthesis:** Thematic synthesis using 30 publications identified 8 important components for integrated care in elderly and frail populations: (i) care continuity/transitions; (ii) enabling policies/governance; (iii) shared values/goals; (iv) person-centred care; (v) multi-/inter-disciplinary services; (vi) effective communication; (vii) case management; (viii) needs assessments for care and discharge planning. **Intervention outcomes and implementation issues (barriers or facilitators)** tend to depend heavily on the context and programme objectives. **Implementation issues** in four main areas were observed: (i) Macro-level contextual factors; (ii) Meso-level system organization (funding, leadership, service structure and culture); (iii) Meso-level intervention organization (characteristics, resources and credibility) and (iv) Micro-level factors (shared values, engagement and communication). **Conclusion:** Improving integration in care requires many components. However, local barriers and facilitators need to be considered. Changes are expected to occur slowly and are more likely to be successful where elements of integrated care are well incorporated into local settings.

2016

Ausserhofer, D., Deschodt, M., De Geest, S., et al. (2016). ""There's No Place Like Home": A Scoping Review on the Impact of Homelike Residential Care Models on Resident-, Family-, and Staff-Related Outcomes." *J Am Med Dir Assoc* **17**(8): 685-693.

BACKGROUND: There is increasing emphasis on promoting "homelike" residential care models enabling care-dependent people to continue living in a self-determined manner. Yet, little is known about the outcomes of homelike residential care models. **PURPOSE:** We aimed to (1) identify homelike residential care models for older care-dependent people with and without dementia, and (2) explore the impact of these models on resident-, family-, and staff-related outcomes. **DESIGN AND METHODS:** We applied a scoping review method and conducted a comprehensive literature search in PubMed, Embase, and CINAHL in May 2015. **RESULTS:** We included 14 studies, reported in 21 articles. Studies were conducted between 1994 and 2014, most using a quasi-experimental design and comparing the Eden Alternative (n = 5), nondementia-specific small houses (eg Green House homes) (n = 2), and dementia-specific small houses (n = 7) with usual care in traditional nursing homes. The studies revealed evidence of benefit related to physical functioning of residents living in dementia-specific small houses and satisfaction with care of residents living in nondementia-specific small houses compared with those living in traditional nursing homes. We did not find other significant benefits related to physical and psychosocial outcomes of residents, or in family- and staff-related outcomes. **IMPLICATIONS:** The current evidence on homelike residential care models is limited. Comparative-effectiveness research building on a clear theoretical framework and/or logic model and including a standardized set of resident-, family-, and staff-related outcomes, as well as cost evaluation, is needed to provide a stronger evidence base to justify the uptake of more homelike residential care models.

Caspar, S., Cooke, H. A., Phinney, A., et al. (2016). "Practice Change Interventions in Long-Term Care Facilities: What Works, and Why?" *Can J Aging* **35**(3): 372-384.

Over the past three decades, there has been a notable increase in studies of practice change interventions in long-term care (LTC) settings. This review, based on a modified realist approach, addresses the following questions: What practice change intervention characteristics work? And, in what circumstances do they work and why? A modified realist approach was applied to identify and explain the interactions among context, mechanism, and outcome. We searched electronic databases and published literature for empirical studies of practice change interventions that (a) were conducted in LTC settings, (b) involved formal care staff members, and (c) reported a formal evaluation. Ninety-four articles met the inclusion criteria. Interventions that included only predisposing factors were least likely to be effective. Interventions that included reinforcing factors were most likely to produce sustained outcomes. We concluded that interventions aimed at practice change in LTC settings should include feasible and effective enabling and reinforcing factors.

Comans, T. A., Peel, N. M., Hubbard, R. E., et al. (2016). "The increase in healthcare costs associated with frailty in older people discharged to a post-acute transition care program." *Age and Ageing* **45**(2): 317-320.

<http://ageing.oxfordjournals.org/content/45/2/317.abstract>

Background: older people are high users of healthcare resources. The frailty index can predict negative health outcomes; however, the amount of extra resources required has not been quantified. **Objective:** to quantify the impact of frailty on healthcare expenditure and

resource utilisation in a patient cohort who entered a community-based post-acute program and compare this to a cohort entering residential care. Methods: the interRAI home care assessment was used to construct a frailty index in three frailty levels. Costs and resource use were collected alongside a prospective observational cohort study of patients. A generalized linear model was constructed to estimate the additional cost of frailty and the cost of alternative residential care for those with high frailty. Results: participants (n = 272) had an average age of 79, frailty levels were low in 20%, intermediate in 50% and high in 30% of the cohort. Having an intermediate or high level of frailty increased the likelihood of re-hospitalisation and was associated with 22 and 43% higher healthcare costs over 6 months compared with low frailty. It was less costly to remain living at home than enter residential care unless >62% of subsequent hospitalisations in 6 months could be prevented. Conclusions: the frailty index can potentially be used as a tool to estimate the increase in healthcare resources required for different levels of frailty. This information may be useful for quantifying the amount to invest in programs to reduce frailty in the community.

DeHoff, B. A., Staten, L. K., Rodgers, R. C., et al. (2016). "The Role of Online Social Support in Supporting and Educating Parents of Young Children With Special Health Care Needs in the United States: A Scoping Review." *J Med Internet Res* **18**(12): e333.

BACKGROUND: When parents of young children with special health care needs (CSHCN) receive their child's diagnosis, they encounter information they may not understand, emotions they may not know how to cope with, and questions about their child's immediate and long-term future that frequently lack answers. The challenge of health care providers is how to prepare parents for caring for their CSHCN, for coping with any resulting challenges, and for accessing the systems and services that can assist them. **OBJECTIVE:** The purpose of this work was to review evidence of the information and support needs of parents of young CSHCN and to determine whether online social support can serve as an avenue for learning and empowerment for these parents. **METHODS:** A scoping review identified the challenges, coping mechanisms, and support needs among parents of CSHCN, and the reach and effectiveness of digital technologies with these families and health care providers. We also conducted interviews with professionals serving parents of CSHCN. **RESULTS:** The literature review and interviews suggested that parents best learn the information they need, and cope with the emotional challenges of raising a CSHCN, with support from other parents of CSHCN, and that young parents in recent years have most often been finding this parent-to-parent support through digital media, particularly social media, consistent with the theory of online social support. Evidence also shows that social media, particularly Facebook, is used by nearly all women aged 18-29 years across racial and socioeconomic lines in the United States. **CONCLUSIONS:** Parents of young CSHCN experience significant stress but gain understanding, receive support, and develop the ability to care for and be advocates for their child through parent-to-parent emotional and informational social support. Online social support is most effective with young adults of childbearing age, with social media and apps being the most useful within the theoretical framework of social support. This opens new opportunities to effectively educate and support parents of young CSHCN. Providers seeking to inform, educate, and support families of CSHCN should develop strategies to help parents find and use social support through digital resources to facilitate their emotional adjustment and practical abilities to care for and access services for their child.

Marczak, J. et Wistow, G. (2016). Commissioning Long-Term Care Services. Long-Term Care Reforms in OECD Countries: Successes and Failures. Gori, C., Fernandez, J.-L. et Wittenberg, R., Bristol and Chicago: Policy Press; distributed by University of Chicago Press: 117-142.

Matthew-Maich, N., Harris, L., Ploeg, J., et al. (2016). "Designing, Implementing, and Evaluating Mobile Health Technologies for Managing Chronic Conditions in Older Adults: A Scoping Review." *JMIR Mhealth Uhealth* 4(2): e29.

BACKGROUND: The current landscape of a rapidly aging population accompanied by multiple chronic conditions presents numerous challenges to optimally support the complex needs of this group. Mobile health (mHealth) technologies have shown promise in supporting older persons to manage chronic conditions; however, there remains a dearth of evidence-informed guidance to develop such innovations. **OBJECTIVES:** The purpose of this study was to conduct a scoping review of current practices and recommendations for designing, implementing, and evaluating mHealth technologies to support the management of chronic conditions in community-dwelling older adults. **METHODS:** A 5-stage scoping review methodology was used to map the relevant literature published between January 2005 and March 2015 as follows: (1) identified the research question, (2) identified relevant studies, (3) selected relevant studies for review, (4) charted data from selected literature, and (5) summarized and reported results. Electronic searches were conducted in 5 databases. In addition, hand searches of reference lists and a key journal were completed. Inclusion criteria were research and nonresearch papers focused on mHealth technologies designed for use by community-living older adults with at least one chronic condition, or health care providers or informal caregivers providing care in the home and community setting. Two reviewers independently identified articles for review and extracted data. **RESULTS:** We identified 42 articles that met the inclusion criteria. Of these, described innovations focused on older adults with specific chronic conditions (n=17), chronic conditions in general (n=6), or older adults in general or those receiving homecare services (n=18). Most of the mHealth solutions described were designed for use by both patients and health care providers or health care providers only. Thematic categories identified included the following: (1) practices and considerations when designing mHealth technologies; (2) factors that support/hinder feasibility, acceptability, and usability of mHealth technologies; and (3) approaches or methods for evaluating mHealth technologies. **CONCLUSIONS:** There is limited yet increasing use of mHealth technologies in home health care for older adults. A user-centered, collaborative, interdisciplinary approach to enhance feasibility, acceptability, and usability of mHealth innovations is imperative. Creating teams with the required pools of expertise and insight regarding needs is critical. The cyclical, iterative process of developing mHealth innovations needs to be viewed as a whole with supportive theoretical frameworks. Many barriers to implementation and sustainability have limited the number of successful, evidence-based mHealth solutions beyond the pilot or feasibility stage. The science of implementation of mHealth technologies in home-based care for older adults and self-management of chronic conditions are important areas for further research. Additionally, changing needs as cohorts and technologies advance are important considerations. Lessons learned from the data and important implications for practice, policy, and research are discussed to inform the future development of innovations.

Yao, N., Ritchie, C., Camacho, F., et al. (2016). "Geographic Concentration Of Home-Based Medical Care Providers." *Health Aff (Millwood)* 35(8): 1404-1409.

The United States faces a shortage of providers who care for homebound patients. About 5,000 primary care providers made 1.7 million home visits to Medicare fee-for-service beneficiaries in 2013, accounting for 70 percent of all home-based medical visits. Nine percent of these providers performed 44 percent of visits. However, most homebound people live more than thirty miles from a high-volume provider.

2015

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.

Crump, R. T., Repin, N. et Sutherland, J. M. (2015). "Reforming Long-Term Care Funding in Alberta." *Healthc Q* **18**(1): 26-31.

Like many provinces across Canada, Alberta is facing growing demand for long-term care. Issues with the mixed funding model used to pay long-term care providers had Alberta Health Services concerned that it was not efficiently meeting the demand for long-term care. Consequently, in 2010, Alberta Health Services introduced the patient/care-based funding (PCBF) model. PCBF is similar to activity-based funding in that it directly ties the complexity and care needs of long-term care residents to the payment received by long-term care providers. This review describes PCBF and discusses some of its strengths and weaknesses. In doing so, this review is intended to inform other provinces faced with similar long-term care challenges and contemplating their own funding reforms.

Do, Y. K., Norton, E. C., Stearns, S. C., et al. (2015). "Informal Care and Caregiver's Health." *Health Economics* **24**(2): 224-237.
<http://dx.doi.org/10.1002/hec.3012>

This study aims to measure the causal effect of informal caregiving on the health and health care use of women who are caregivers, using instrumental variables. We use data from South Korea, where daughters and daughters-in-law are the prevalent source of caregivers for frail elderly parents and parents-in-law. A key insight of our instrumental variable approach is that having a parent-in-law with functional limitations increases the probability of providing informal care to that parent-in-law, but a parent-in-law's functional limitation does not directly affect the daughter-in-law's health. We compare results for the daughter-in-law and daughter samples to check the assumption of the excludability of the instruments for the

daughter sample. Our results show that providing informal care has significant adverse effects along multiple dimensions of health for daughter-in-law and daughter caregivers in South Korea. Copyright -© 2013 John Wiley & Sons, Ltd

Giunta, N. et Cain, K. (2015). "Community-based case management and health care use in older adults: outcomes of a collaborative multiagency approach." *Care Manag J* **16**(1): 20-29.

Case management (CM) establishes valuable connections between clients and needed supports. There are, however, mixed results on its prediction of health care use. This quasi-experimental record review (N = 96) of a collaborative CM consortium examined predictors of health care use among older adults (aged older than 60 years) who had received CM for at least 6 months. Descriptive, bivariate, and multivariate models were used to predict differences in outcomes (hospitalization and emergency room [ER] visits) between participants who received CM and those who did not. Hospitalization rates were significantly lower among CM recipients. Living alone, identifying as White/non-Hispanic, and higher numbers of medications were significant copredictors of hospital use. CM was not a significant predictor of ER use. Race/ethnicity, however, remained significant in that White/non-Hispanic participants were 4 times likely to have at least 1 ER visit than persons of color. Implications for future research are discussed to promote better understanding of the effectiveness of CM, particularly within ethnically and racially diverse communities. Further inquiry is needed around the experiences of older adults of color, those who live alone, or who take multiple medications as needed. Further testing of a consortium model is necessary to determine value added through a multiagency approach.

Kaambwa, B., Lancsar, E., McCaffrey, N., et al. (2015). "Investigating consumers' and informal carers' views and preferences for consumer directed care: A discrete choice experiment." *Soc Sci Med* **140**: 81-94.

Consumer directed care (CDC) is currently being embraced internationally as a means to promote autonomy and choice for consumers (people aged 65 and over) receiving community aged care services (CACs). CDC involves giving CACS clients (consumers and informal carers of consumers) control over how CACSs are administered. However, CDC models have largely developed in the absence of evidence on clients' views and preferences. We explored CACS clients' preferences for a variety of CDC attributes and identified factors that may influence these preferences and potentially inform improved design of future CDC models. Study participants were clients of CACSs delivered by five Australian providers. Using a discrete choice experiment (DCE) approach undertaken in a group setting between June and December 2013, we investigated the relative importance to CACS consumers and informal (family) carers of gradations relating to six salient features of CDC (choice of service provider(s), budget management, saving unused/unspent funds, choice of support/care worker(s), support-worker flexibility and level of contact with service coordinator). The DCE data were analysed using conditional, mixed and generalised logit regression models, accounting for preference and scale heterogeneity. Mean ages for 117 study participants were 80 years (87 consumers) and 74 years (30 informal carers). All participants preferred a CDC approach that allowed them to: save unused funds from a CACS package for future use; have support workers that were flexible in terms of changing activities within their CACS care plan and; choose the support workers that provide their day-to-day CACSs. The CDC attributes found to be important to both consumers and informal carers receiving CACSs will inform the design of future CDC models of service delivery. The DCE approach used in this study has the potential for wide applicability and facilitates the assessment of preferences for elements of potential future aged care service delivery not yet available in policy.

Lee, T. et Schiller, J. (2015). "The Future of Home Health project: developing the framework for health care at home." *Home Healthc Now* **33**(2): 84-87.

In addition to providing high-quality care to vulnerable patient populations, home healthcare offers the least costly option for patients and the healthcare system, particularly in postacute care. As the baby boom generation ages, policymakers are expressing concerns about rising costs, variation in home healthcare service use, and program integrity. The Alliance for Home Health Quality and Innovation seeks to develop a research-based strategic framework for the future of home healthcare for older Americans and those with disabilities. This article describes the initiative and invites readers to provide comments and suggestions.

Musich, S., Wang, S. S., Hawkins, K., et al. (2015). "Homebound older adults: Prevalence, characteristics, health care utilization and quality of care." *Geriatric Nursing* **36**(6): 445-450.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197457215002347>

The purpose of this study was to estimate prevalence rates of homebound older adults, their characteristics and the impact of homebound status on health care utilization, expenditures and quality of medical care measures. Surveys were sent to new enrollees (n = 25,725) in AARP® Medicare Supplement plans (insured through UnitedHealthcare) to screen for serious chronic conditions, ambulatory disabilities and eligibility for care coordination programs. Health care utilization and expenditures were determined from paid claims. Member-level quality measures considered compliance with medication adherence and care patterns. Among survey respondents, 19.6% were classified as being homebound. The strongest predictors of being homebound included serious memory loss, being older, having more chronic conditions, taking more prescription medications and having multiple hospitalizations. Homebound had significantly higher health care utilization and expenditures. Homebound were more likely to be noncompliant with medication adherence and care pattern rules. Ongoing screening and subsequent interventions for new enrollees classified as homebound may be warranted.

Spetz, J., Trupin, L., Bates, T., et al. (2015). "Future Demand For Long-Term Care Workers Will Be Influenced By Demographic And Utilization Changes." *Health Affairs* **34**(6): 936-945.
<http://content.healthaffairs.org/content/34/6/936.long>

A looming question for policy makers is how growing diversity of the US elderly population and greater use of home and community-based services will affect demand for long-term care workers. We used national surveys to analyze current use and staffing of long-term care, project demand for long-term care services and workers through 2030, and assess how projections varied if we changed assumptions about utilization patterns. If current trends continue, the occupations anticipated to grow the most over the period are counselors and social workers (94 percent), community and social services workers (93 percent), and home health and personal care aides (88 percent). Alternative projections were computed for scenarios that assumed changing racial and ethnic patterns of long-term care use or shifts toward noninstitutional care. For instance, if Hispanics used services at the same rate as non-Hispanic blacks, the projected demand for long-term care workers would be 5 percent higher than if current trends continued. If 20 percent of nursing home care were shifted to home health services, total employment growth would be about 12 percent lower. Demographic and utilization changes would have little effect on projections of robust long-term care employment growth between now and 2030. Policy makers and educators should redouble efforts to create and sustainably fund programs to recruit, train, and retain long-term care

workers.

Wysocki, A., Butler, M., Kane, R. L., et al. (2015). "Long-Term Services and Supports for Older Adults: A Review of Home and Community-Based Services Versus Institutional Care." *J Aging Soc Policy* **27**(3): 255-279.

Despite a shift from institutional services toward more home and community-based services (HCBS) for older adults who need long-term services and supports (LTSS), the effects of HCBS have yet to be adequately synthesized in the literature. This review of literature from 1995 to 2012 compares the outcome trajectories of older adults served through HCBS (including assisted living [AL]) and in nursing homes (NHs) for physical function, cognition, mental health, mortality, use of acute care, and associated harms (e.g., accidents, abuse, and neglect) and costs. NH and AL residents did not differ in physical function, cognition, mental health, and mortality outcomes. The differences in harms between HCBS recipients and NH residents were mixed. Evidence was insufficient for cost comparisons. More and better research is needed to draw robust conclusions about how the service setting influences the outcomes and costs of LTSS for older adults. Future research should address the numerous methodological challenges present in this field of research and should emphasize studies evaluating the effectiveness of HCBS.

2014

Andelic, N., Soberg, H. L., Berntsen, S., et al. (2014). "Self-perceived health care needs and delivery of health care services 5 years after moderate-to-severe traumatic brain injury." *Pm r* **6**(11): 1013-1021; quiz 1021.

OBJECTIVE: To describe the self-perceived health care needs of patients with moderate-to-severe traumatic brain injury (TBI) and to assess the impact of the functional level at 1 year after injury on patients' unmet needs at the 5-year follow-up. **DESIGN:** A prospective follow-up study. **SETTING:** Clinical research. **PARTICIPANTS:** A total of 93 patients participated in the 5-year follow-up. **METHODS:** We registered demographic and injury-related data at the time of admission and the scores for the Disability Rating Scale, Glasgow Outcome Scale-Extended, and Short Form 36 subscales for physical functioning and mental health at 1 and 5 years. The patients' self-perceived health care needs and use of health care services at 5 years were the main outcome measurements. **RESULTS:** At the 5-year follow-up, 70% of patients reported at least 1 perceived need. The self-perceived health care needs were met for 39% of the patients. The patients with unmet needs ($n = 29$ [31%]) reported frequent needs in emotional (65%), vocational (62%), and cognitive (58%) domains. These patients were significantly more likely to present a less severe disability on the Disability Rating Scale at the 1-year follow-up (odds ratio [OR] 0.11 [95% confidence interval {CI}, 0.02-0.7]; $P = .02$). Worse mental health at the 1-year follow-up and a younger age (16-29 years) largely predicted unmet needs at the 5-year follow-up (OR 3.28 [95% CI, 1.1-10.04], $P = .04$; and OR 4.93 [95% CI, 0.16-15.2], $P = .005$, respectively). **CONCLUSION:** Gaps between self-perceived health care needs and health care services received at the 5-year follow-up were found. An important message to clinicians who provide health care services in the late TBI phase is that they should be aware of patients' long-term needs regarding cognitive and emotional difficulties. Of equal importance is an emphasis on long-term vocational rehabilitation services. To ensure the appropriateness of health care service delivery, health care services after TBI should be better targeted at less-severe TBI population as well.

Eissens van der Laan, M. R., van Offenbeek, M. A., Broekhuis, H., et al. (2014). "A person-centred segmentation study in elderly care: Towards efficient demand-driven care." *Soc Sci Med* **113C**: 68-76.

Providing patients with more person-centred care without increasing costs is a key challenge in healthcare. A relevant but often ignored hindrance to delivering person-centred care is that the current segmentation of the population and the associated organization of healthcare supply are based on diseases. A person-centred segmentation, i.e., based on persons' own experienced difficulties in fulfilling needs, is an elementary but often overlooked first step in developing efficient demand-driven care. This paper describes a person-centred segmentation study of elderly, a large and increasing target group confronted with heterogeneous and often interrelated difficulties in their functioning. In twenty-five diverse healthcare and welfare organizations as well as elderly associations in the Netherlands, data were collected on the difficulties in biopsychosocial functioning experienced by 2019 older adults. Data were collected between March 2010 and January 2011 and sampling took place based on their (temporarily) living conditions. Factor Mixture Model was conducted to categorize the respondents into segments with relatively similar experienced difficulties concerning their functioning. First, the analyses show that older adults can be empirically categorized into five meaningful segments: feeling vital; difficulties with psychosocial coping; physical and mobility complaints; difficulties experienced in multiple domains; and feeling extremely frail. The categorization seems robust as it was replicated in two population-based samples in the Netherlands. The segmentation's usefulness is discussed and illustrated through an evaluation of the alignment between a segment's unfulfilled biopsychosocial needs and current healthcare utilization. The set of person-centred segmentation variables provides healthcare providers the option to perform a more comprehensive first triage step than only a disease-based one. The outcomes of this first step could guide a focused and, therefore, more efficient second triage step. On a local or regional level, this person-centred segmentation provides input information to policymakers and care providers for the demand-driven allocation of resources

Glavin, K., Schaffer, M. A., Halvorsrud, L., et al. (2014). "A comparison of the cornerstones of public health nursing in Norway and in the United States." *Public Health Nurs* **31**(2): 153-166.

OBJECTIVES: This study describes a comparison of the values and beliefs foundational to community nursing practice in Norway with the Cornerstones of Public Health Nursing based on public health nursing practice in the United States. **DESIGN AND SAMPLE:** Methods included a review of the literature and focus groups to determine primary beliefs and values foundational to nursing practice in family, school, and home care settings in Norway. **MEASURES:** Authors reviewed documents written in English and Norwegian for content on values and beliefs represented in public health nursing. Data were gathered from two focus group meetings each with school, home care, and family health nurses in Norway (n = 19; n = 11). **METHOD:** Focus group questions addressed aspects of the values and beliefs of public health that are foundational to public health nursing. The researchers synthesized content themes of literature and focus groups. **RESULTS:** Nine Norwegian cornerstones emerged from literature and focus groups. Six of the cornerstones were the same as the cornerstones from the United States, two were modified, and one new cornerstone emerged from the data. **CONCLUSIONS:** The values and beliefs represented in the different modified cornerstones based on Norwegian community nursing practice capture the essence of public health nursing in Norway. The similarities between the two countries show that nurses have much in common, despite different health and governmental systems and laws.

Ishii, K. (2014). Système de prise en charge des personnes âgées dépendantes : une étude comparative entre la France et le Japon. Noisy-le-Grand IRES

http://www.ires.fr/images/files/EtudesAO/CFECGC/Rapport_CFECGC_personnes_agees_prises_en_charge_France_japon_2013.pdf

Cette étude analyse les systèmes de prise en charge à domicile des personnes âgées dépendantes au Japon et en France. En s'appuyant sur deux méthodes comparatives (comparaison institutionnelle et étude de cas-types), l'objectif est de caractériser les bases (notamment politiques) des différences entre ces deux systèmes et de mettre en exergue des similarités parfois fondamentales mais peu visibles. L'étude est constituée de trois parties. La première présente l'évolution démographique et retrace l'émergence des politiques concernant les personnes âgées dans les deux pays. La deuxième compare les principaux dispositifs d'un point de vue institutionnel à travers l'étude de quatre dimensions : le mode de financement, le critère d'accès, la nature de la prestation et l'organisation et la gestion. Finalement, une comparaison par les cas-types permet d'analyser l'impact des divers dispositifs en se plaçant du point de vue de l'utilisateur.

ISQ (2014). Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011. Utilisation des services de santé et des services sociaux par les personnes avec un problème de santé de longue durée. Volume 4. Québec Institut Statistique du Québec

<http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/services/incapacites/limitations-maladies-chroniques-probleme-sante-longue.pdf>

L'objectif général de l'Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011 (EQLAV) est de fournir des données statistiques représentatives à l'échelle provinciale et régionale sur l'utilisation des services de santé et des services sociaux ainsi que sur les besoins non comblés à cet égard. Trois groupes de la population sont étudiés : 1) les personnes âgées de 15 ans et plus ayant une incapacité; 2) les personnes âgées de 15 ans et plus ayant un problème de santé de longue durée; 3) les personnes âgées de 65 ans et plus, qu'elles aient ou non une incapacité ou un problème de santé de longue durée. Cette publication présente un portrait des problèmes de santé chroniques dans la population québécoise, notamment l'arthrite, le diabète, la bronchite chronique, l'hypertension et les maladies cardiaques. En plus de décrire les caractéristiques liées à l'état de santé des personnes avec ces problèmes (nombre et types de problèmes de santé chroniques, perception de l'état de santé, incapacités et consommation de médicaments), l'étude fait état de l'utilisation d'un large éventail de services de santé : le suivi médical et psychosocial (consultation du médecin de famille, de médecins spécialistes et d'autres professionnels de la santé et des services sociaux), les services hospitaliers et les services à domicile. Des précisions quant au lien entre les besoins non comblés et les problèmes de santé chroniques sont également fournies, ce qui représente un intérêt particulier de cette publication.

Jung, K. et Polsky, D. (2014). "Competition and Quality in Home Health Care Markets." *Health Economics* 23(3): 298-313.

<http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1002/%28ISSN%291099-1050/issues>

Market-based solutions are often proposed to improve health care quality; yet evidence on the role of competition in quality in non-hospital settings is sparse. We examine the relationship between competition and quality in home health care. This market is different from other markets in that service delivery takes place in patients' homes, which implies low

costs of market entry and exit for agencies. We use 6 years of panel data for Medicare beneficiaries during the early 2000s. We identify the competition effect from within-market variation in competition over time. We analyze three quality measures: functional improvements, the number of home health visits, and discharges without hospitalization. We find that the relationship between competition and home health quality is nonlinear and its pattern differs by quality measure. Competition has positive effects on functional improvements and the number of visits in most ranges, but in the most competitive markets, functional outcomes and the number of visits slightly drop. Competition has a negative effect on discharges without hospitalization that is strongest in the most competitive markets. This finding is different from prior research on hospital markets and suggests that market-specific environments should be considered in developing policies to promote competition.

Nagaya, Y. et Dawson, A. (2014). "Community-based care of the elderly in rural Japan: a review of nurse-led interventions and experiences." *J Community Health* **39**(5): 1020-1028.

Nurses play a critical role in delivering care to elderly people at primary health care level but there is no synthesis of research knowledge to guide community nursing practice in Japan. This review aims to identify nurse-led interventions that have been found to improve elder health at village level; the barriers and constraints that service providers face when delivering care to the elderly; and the experiences of elderly people and their caregivers. The electronic databases such as MEDLINE, CINAHL and Google Scholar were searched to retrieve peer-reviewed primary research literature. A narrative synthesis of the findings sections of the papers was applied to identify key themes. These themes are: socioculturally appropriate care; health improvements; barriers and constraints to care delivery and; experience of the elderly and families. Seven papers were included in the review. The synthesis identified that nurse-led health care for the elderly in rural Japan can be effective when it is targeted and culturally sensitive. The studies highlight a number of barriers to the provision of care. There is a need for further research to examine the issues affecting access to rural nursing care including health system factors, as well as the needs of the elderly and families themselves. Such studies will better inform the delivery of programs, reduce inequity and provide socio-culturally appropriate care to improve the well-being of the elderly.

Reifler, B. V. et Bruce, M. L. (2014). "Home-based mental health services for older adults: a review of ten model programs." *Am J Geriatr Psychiatry* **22**(3): 241-247.

OBJECTIVE: The objective is to provide information on successful programs providing home-based services to mentally ill elderly in order to assist other communities wishing to establish such programs. **PARTICIPANTS:** The ten programs described in this article were selected by peer review from applications for an award given by the American Association for Geriatric Psychiatry and were participants in an invitational conference. **RESULTS:** Eight of the programs were components of a community agency and two were components of a medical school department of psychiatry. Six of the programs focused primarily on individuals with anxiety and depression and utilized a range of individual psychotherapies. The other four accepted patients with any psychiatric diagnosis including dementia and included medication management as part of their services. The numbers served by the ten programs ranged from about 50 to 300 new cases per year, and the staffing ranged from 2 to 13 often with a combination of full and part time. The annual budget for the ten programs ranged from \$30,000 to \$1,250,000. Budget sources usually included some combination of public funds, philanthropy, and fee-for-service income. **CONCLUSIONS:** Despite the logistic and fiscal challenges of providing home-based services to mentally ill older adults there are many long-standing successful programs that can serve as models for communities wishing to establish

similar programs. A great opportunity exists for a unified outcome research endeavor as well as expansion into many more communities.

Stall, N., Nowaczynski, M. et Sinha, S. K. (2014). "Systematic review of outcomes from home-based primary care programs for homebound older adults." *J Am Geriatr Soc* **62**(12): 2243-2251.

OBJECTIVES: To describe the effect of home-based primary care for homebound older adults on individual, caregiver, and systems outcomes. **DESIGN:** A systematic review of home-based primary care interventions for community-dwelling older adults (aged ≥ 65) using the Cochrane, PubMed, and MEDLINE databases from the earliest available date through March 15, 2014. Studies were included if the house calls visitor was the ongoing primary care provider and if the intervention measured emergency department visits, hospitalizations, hospital beds days of care, long-term care admissions, or long-term care bed days of care. **SETTING:** Home-based primary care programs. **PARTICIPANTS:** Homebound community-dwelling older adults (N = 46,154). **MEASUREMENTS:** Emergency department visits, hospitalizations, hospital bed days of care, long-term care admissions, long-term care bed days of care, costs, program design, and individual and caregiver quality of life and satisfaction with care. **RESULTS:** Of 357 abstracts identified, nine met criteria for review. The nine interventions were all based in North America, with five emerging from the Veterans Affairs system. Eight of nine programs demonstrated substantial effects on at least one inclusion outcome, with seven programs affecting two outcomes. Six interventions shared three core program components: interprofessional care teams, regular interprofessional care meetings, and after-hours support. **CONCLUSION:** Specifically designed home-based primary care programs may substantially affect individual, caregiver and systems outcomes. Adherence to the core program components identified in this review could guide the development and spread of these programs.

Sugarwara, S. et Nakamura, j. (2014). Can Formal Elderly Care Stimulate Female Labor Supply? The Japanese Experience. *Working Paper; CIRJE-F-924*. Tokyo University of Tokyo
<http://www.cirje.e.u-tokyo.ac.jp/research/dp/2014/2014cf924.pdf>

This study analyzes the impacts of the Japanese Long-Term Care Insurance (LTCI), a decade after its launch, with respect to the female labor supply in Japan. The radical program has caused the emergence of markets for various care services apart from permanent institutional care, which is only a major formal care sector in many developed countries. The availability of various formal care services can stimulate female labor supply through a reduction of the burden of informal caregiving. To investigate the impacts of the LTCI, we compare the labor market behavior of females who face requirements for elderly care in their household for three periods before the launch of the LTCI, four years after the launch, and ten years after the launch. Our empirical analysis indicates positive effects of the launch and diffusion of the LTCI on female labor supply. As a result of the LTCI, care for male elders is no longer an obstacle for female labor supply, but care for female elders is still burdensome. We also find that the care requirement reduces the probability of being a regular worker; however, regular workers are more likely to utilize formal care, whereas many non regular workers provide informal care by themselves.

2013

Arita, K. et Ryu, H. (2013). "A comparison of trends in research into home care services in Japan and Korea." *BMC Nurs* **12**(1): 18.

Pôle documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-soutien-a-domicile-des-personnes-handicapees-et-dependantes.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-soutien-a-domicile-des-personnes-handicapees-et-dependantes.epub

BACKGROUND: The purpose of this study is to compare of the research trends for home care services in Japan and the Republic of Korea (Korea). In particular, it was compared as the research design, the method of data collection, and key words by literature review.

METHODS: Original articles on home care services were selected from Japanese and Korean journals published from the year of 2004 to 2008. The articles were classified, and compared in terms of the number of articles per year. **RESULTS:** The research design was quite different. Quantitative research design was dominantly conducted in Korea, qualitative research design was used same level of design in Japan. In particular, outcome study was shown in Korean. **CONCLUSIONS:** It is suggested that future collaboration be undertaken to improve the variety of research design and method especially in both countries under the aged society. In addition, it provides information concerning research concepts, which can be applied to optimize future home care services.

Boivin, L. (2013). "Réorganisation des services d'aide à domicile au Québec et droits syndicaux : de la qualification à la disponibilité permanente juste-à-temps." Nouvelles Questions Féministes **32**(2): 44-56.

<https://www.cairn.info/revue-nouvelles-questions-feministes-2013-2-page-44.htm>

Au Québec, à la fin des années 1970, la qualification professionnelle du travail rémunéré du care dans les services d'aide à domicile a été possible grâce à l'étatisation des services et à la syndicalisation. Avec la sous-traitance des services publics et l'inadéquation de la régulation juridique du travail à l'égard de cette forme productive, les travailleuses peuvent difficilement négocier collectivement cette qualification. Leurs conditions de travail précarisées sont marquées par la « disponibilité permanente juste-à-temps », nouveau modèle de flexibilisation du travail combinant les logiques propres à la sphère domestique et à la gestion de type toyotiste.

Ducey, A. (2013). "Caring for america: home health workers in the shadow of the welfare state." J Health Polit.Policy Law **38**(3): 614-619.

Georgiou, A., Marks, A., Braithwaite, J., et al. (2013). "Gaps, disconnections, and discontinuities--the role of information exchange in the delivery of quality long-term care." The Gerontologist **53**(5): 770-779.

Purpose of the Study: The smart use of information and communication technologies (ICT) is widely seen as a means of enhancing the quality of aged care services. One of the barriers to ICT diffusion in aged care is the failure to cater for the complex and interdisciplinary requirements of the aged care environment. The aim of this qualitative study was to identify the layers of information exchange and communication and produce a conceptual model that can help to inform decisions related to the design, implementation, and sustainability of ICT. **Design and Methods :** A qualitative study conducted in 2010 within seven Australian residential aged care facilities. It included 11 focus groups involving 47 staff and 54 individual interviews and observation sessions. **Results :** The analysis of work processes identified key information exchange components related to the type of information (residential, clinical, and administrative) that is collected, stored, and communicated. This information relies on a diverse number of internal and external communication channels that are important for the organization of care. **Implications :** The findings highlight potential areas of communication dysfunction as a consequence of structural holes, fragmentation, or disconnections that can adversely affect the continuity and coordination of care, its safety, and quality

ISQ (2013). Utilisation des services de santé et des services sociaux des personnes âgées de 65 ans et plus : Troisième publication réalisée à partir des données de l'Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement (EQLAV, 2010-2011). Volume 3. Québec Institut Statistique du Québec

<http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/services/incapacites/limitations-maladies-chroniques-utilisation-65-et-plus.pdf>

L'objectif général de l'Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011 (EQLAV) est de fournir des données statistiques représentatives à l'échelle provinciale et régionale sur l'utilisation des services de santé et des services sociaux ainsi que sur les besoins non comblés à cet égard. Trois groupes de la population sont étudiés : 1) les personnes âgées de 15 ans et plus ayant une incapacité; 2) les personnes âgées de 15 ans et plus ayant un problème de santé de longue durée; 3) les personnes âgées de 65 ans et plus, qu'elles aient ou non une incapacité ou un problème de santé de longue durée. Consacrée aux besoins et à l'utilisation des services de santé et des services sociaux des personnes âgées de 65 ans et plus, cette publication, scindée en trois grandes parties, dresse d'abord un portrait des principales caractéristiques socio-démographiques et économiques des aînés du Québec ainsi que de celles liées à leur état de santé (perception de l'état de santé, incapacités et problèmes de santé de longue durée). Les analyses portent ensuite sur les besoins et l'utilisation d'un large éventail de services : le suivi médical et psychosocial (consultation du médecin de famille, de médecins spécialistes et d'autres professionnels de la santé et des services sociaux), les services hospitaliers et les services à domicile. Enfin, les résultats de la dernière partie portent sur les répercussions de l'incapacité sur la réalisation des activités de la vie quotidienne ou domestique.

John, P. A., David, B. M., Sean, R. L., et al. (2013). "Simulating the Impact of Long-Term Care Policy on Family Eldercare Hours." Health Services Research **48**(2): 773-791.

Koike, S. et Furui, Y. (2013). "Long-term care-service use and increases in care-need level among home-based elderly people in a Japanese urban area." Health policy (Amsterdam, Netherlands) **110**(1): 94-100.

OBJECTIVES: The objective of this study was to examine the effects of home-based long-term care insurance services on an increase in care need levels and discuss its policy implications. **METHODS:** We analyzed care need certification and long-term care service use data for 3006 non-institutionalized elderly persons in a Tokyo ward effective as of October 2009 and 2010. Individual care need assessment intervals and their corresponding changes in care need level were calculated from data at two data acquisition points of care need assessment. Those who had been certified but did not use any long-term care insurance service were defined as the control group. The Cox proportionate hazard model was used to determine whether the use of a long-term care insurance service is associated with increased care need level. **RESULTS:** After adjusting for sex, age, and care need level, the hazard ratio for the probability of increased care need level among service users was calculated as 0.75 (95% confidence interval, 0.64-0.88; $p < 0.001$). **CONCLUSIONS:** Home-based long-term care service use may prevent an increase in care need level. Administrative data on care need certification and services use could be an effective tool for evaluating the long-term care insurance system

Norton, E. C., Hersh, N., L. et Sheng-Hsiu Huang, S. (2013). Informal Care and Inter-vivos Transfers: Results from the National Longitudinal Survey of Mature Women. NBER Working Paper series : n°18948. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/w18948>

Pôle documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-soutien-a-domicile-des-personnes-handicapees-et-dependantes.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-soutien-a-domicile-des-personnes-handicapees-et-dependantes.epub

Informal care is the largest source of long-term care for elderly, surpassing home health care and nursing home care. By definition, informal care is unpaid. It remains a puzzle why so many adult children give freely of their time. Transfers of time to the older generation may be balanced by financial transfers going to the younger generation. This leads to the question of whether informal care and inter-vivos transfers are causally related. The paper analyzes data from the 1999 and 2003 waves of National Longitudinal Survey of Mature Women. It examines whether the elderly parents give more inter-vivos monetary transfers to adult children who provide informal care, by examining both the extensive and intensive margins of financial transfers and of informal care. It finds statistically significant results that a child who provides informal care is more likely to receive inter-vivos transfers than a sibling who does not. If a child does provide care, there is no statistically significant effect on the amount of the transfer.

Pimentel, C. B., Lapane, K. L. et Briesacher, B. A. (2013). "Medicare part D and long-term care: a systematic review of quantitative and qualitative evidence." *Drugs Aging* **30**(9): 701-720.

BACKGROUND: In the largest overhaul to Medicare since its creation in 1965, the Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003 established Part D in 2006 to improve access to essential medication among disabled and older Americans. Despite previous evidence of a positive impact on the general Medicare population, Part D's overall effects on long-term care (LTC) are unknown. **OBJECTIVE:** The purpose of this systematic review was to evaluate the literature regarding Part D's impact on the LTC context, specifically costs to LTC residents, providers and payers; prescription drug coverage and utilization; and clinical and administrative outcomes.

Ruggiano, N. et Edvardsson, D. (2013). "Person-centeredness in home- and community-based long-term care: current challenges and new directions." *Soc Work Health Care* **52**(9): 846-861.

Person-centered care (PCC) has demonstrated to be a viable and preferred model of providing health and institutionalized long-term care services. However, the concept of PCC has not been fully extended to home- and community-based long-term care services (HCBS) for older adults with chronic conditions. This review highlights the need for PCC in HCBS and suggests that social workers may play a role in overcoming cultural and structural barriers to extending PCC to HCBS that include: the fragmentation of the industry, financial structures, regulation of services, and paternalism in policy and practice. Recommendations for practice, policy, and research are provided.

Stewart, M. J., Georgiou, A. et Westbrook, J. I. (2013). "Successfully integrating aged care services: a review of the evidence and tools emerging from a long-term care program." *Int J Integr Care* **13**: e003.

BACKGROUND: Providing efficient and effective aged care services is one of the greatest public policy concerns currently facing governments. Increasing the integration of care services has the potential to provide many benefits including increased access, promoting greater efficiency, and improving care outcomes. There is little research, however, investigating how integrated aged care can be successfully achieved. The PRISMA (Program of Research to Integrate Services for the Maintenance of Autonomy) project, from Quebec, Canada, is one of the most systematic and sustained bodies of research investigating the translation and outcomes of an integrated care policy into practice. The PRISMA research program has run since 1988, yet there has been no independent systematic review of this

work to draw out the lessons learnt. METHODS: Narrative review of all literature emanating from the PRISMA project between 1988 and 2012. Researchers accessed an online list of all published papers from the program website. The reference lists of papers were hand searched to identify additional literature. Finally, Medline, Pubmed, EMBASE and Google Scholar indexing databases were searched using key terms and author names. Results were extracted into specially designed spread sheets for analysis. RESULTS: Forty-five journal articles and two books authored or co-authored by the PRISMA team were identified. Research was primarily concerned with: the design, development and validation of screening and assessment tools; and results generated from their application. Both quasi-experimental and cross sectional analytic designs were used extensively. Contextually appropriate expert opinion was obtained using variations on the Delphi Method. Literature analysis revealed the structures, processes and outcomes which underpinned the implementation. PRISMA provides evidence that integrating care for older persons is beneficial to individuals through reducing incidence of functional decline and handicap levels, and improving feelings of empowerment and satisfaction with care provided. The research also demonstrated benefits to the health system, including a more appropriate use of emergency rooms, and decreased consultations with medical specialists. DISCUSSION: Reviewing the body of research reveals the importance of both designing programs with an eye to local context, and building in flexibility allowing the program to be adapted to changing circumstances. Creating partnerships between policy designers, project implementers, and academic teams is an important element in achieving these goals. Partnerships are also valuable for achieving effective monitoring and evaluation, and support to 'evidence-based' policy-making processes. Despite a shared electronic health record being a key component of the service model, there was an under-investigation of the impact this technology on facilitating and enabling integration and the outcomes achieved. CONCLUSIONS: PRISMA provides evidence of the benefits that can arise from integrating care for older persons, particularly in terms of increased feelings of personal empowerment, and improved client satisfaction with the care provided. Taken alongside other integrated care experiments, PRISMA provides further evidentiary support to policy-makers pursuing integrated care programs. The scale and scope of the research body highlights the long-term and complex nature of program evaluations, but underscores the benefits of evaluation, review and subsequent adaptation of programs. The role of information technology in supporting integration of services is likely to substantially expand in the future and the potential this technology offers should be investigated and harnessed.

Van den Bosch, K., Geerts, J. et Willeme, P. (2013). "Long-term care use and socio-economic status in Belgium: a survival analysis using health care insurance data." *Arch Public Health* **71**(1): 1.

BACKGROUND: The small but growing literature on socio-economic inequality in morbidity among older persons suggests that social inequalities in health persist into old age. A largely separate body of literature looks at the predictors of long-term care use, in particular of institutional care. Various measures of socio-economic status are often included as control variables in these studies. Review articles generally conclude that the evidence for such variables being a predictor for institutionalization is "inconclusive". In this paper we look at the association among older persons in Belgium between one particular measure of socio-economic status - preferential status in public health care insurance - and first use of home long-term care and residential care. Preferential status entitles persons to higher reimbursement rates for health care from the public health care insurance system and is conditional on low income. We also study whether preferential status is related to the onset of five important chronic conditions and the time of death. METHODS: We use survival analysis; the source of the data is a large administrative panel of a sample representative for

all older persons in Belgium (1,268,740 quarterly observations for 69,562 individuals). RESULTS: We find a strong association between preferential status and the likelihood of home care use, but for residential care it is small for men and non-existent for women. We also find that preferential status is significantly related to the chance of getting two out five chronic conditions - COPD and diabetes, but not dementia, hip fracture and Parkinson's disease - and to the probability of dying (not for women). For home care use and death, the association with preferential status declines with increasing age from age 65 onwards, such that it is near zero for those aged around 90 and older. CONCLUSION: We find clear associations between an indicator of low income and home care use, some chronic conditions and death. The associations are stronger among men than among women. We also find that the association declines with age for home care use and death, which might be explained by selective survival.

2012

Bostrom, A. M., Slaughter, S. E., Chojecki, D., et al. (2012). "What do we know about knowledge translation in the care of older adults? A scoping review." *J Am Med Dir Assoc* **13**(3): 210-219.

OBJECTIVES: The recent emphasis on knowledge translation (KT) in health care is based on the premise that quality of care improves when research findings are translated into practice. This study aimed to identify the extent, nature, and settings of KT research pertaining to the care of older adults. DESIGN AND METHODS: We searched Medline, CINAHL, The Cochrane Library, and EMBASE for systematic reviews related to KT using the terms knowledge translation, research use, evidence-based practice, clinical practice guidelines, or diffusion of innovations. Then we searched the systematic reviews to identify included articles related to older adults. We used quantitative content analysis to summarize the information. RESULTS: Two of the 53 systematic reviews about KT focused on the care of older adults. One examined the impact of quality systems on care processes and outcomes for long term care residents. The other studied the effectiveness of active-mode learning programs on physician behavior. Sixty-one of the 1709 primary research articles (3.6%) pertained to the care of older adults. Thirty of these were conducted in long term care facilities, 26 in outpatient clinics, 2 in hospitals, and 3 in multiple settings. Most studies focused on KT interventions targeting professionals (eg, prescribing medications). Organizational interventions (eg, modifying roles) were few; financial and regulatory interventions were rare. CONCLUSION: We identified a gap in KT research pertaining to the care of older adults. KT intervention research focusing on organizational, financial, and regulatory areas is warranted. The connection between geriatrics and KT is fertile ground for future research.

Kuluski, K., Williams, A. P., Berta, W., et al. (2012). "Home care or long-term care? Setting the balance of care in urban and rural Northwestern Ontario, Canada." *Health Soc Care Community* **20**(4): 438-448.

The objective of the study was to determine the extent to which community care packages could be provided at a lower cost than facility-based long-term care (LTC) for 864 individuals on the LTC waiting list in urban and rural parts of Northwestern Ontario, Canada. A sequential mixed methods design was used entailing a retrospective chart review, the formation of case vignettes, the creation of community care packages with an 'expert panel' of care managers, the costing of care packages and the calculation of potential diversion rates from LTC. Data collection took place in Northwestern Ontario between the months of

March and June 2008. Eight per cent of individuals in the urban area and 50% of individuals from the rural areas could potentially be safely diverted to the community and provided with a community care package at a cost lower than facility-based LTC. There is potential for home and community care to substitute for more costly long-term care, but doing so requires building capacity in this sector, particularly in rural areas, which are currently underserved. Reconfiguring the 'balance of care' may lead to long-term cost efficiencies for an ageing population.

Levasseur, M., Larivière, N., Royer, N., et al. (2012). "Concordance entre besoins et interventions de participation des aînés recevant des services d'aide à domicile. Constats et défis d'une étude de cas réalisée au Québec." *Gérontologie Et Société* **35 / 143**(4): 111-131.

<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2012-4-page-111.htm>

Une étude canadienne récente (2011-2012) a permis d'explorer la concordance entre les besoins et les interventions de participation d'aînés en perte d'autonomie recevant des services d'aide à domicile. Les besoins non satisfaits concernent principalement les activités sociales (responsabilités, relations interpersonnelles, vie communautaire et loisirs) et certaines activités courantes (condition corporelle, habitation, déplacements). Plusieurs constats permettent d'expliquer cette non-concordance qui limite la participation et l'empowerment des aînés fragilisés.

Rodrigues, R. Huber, M. et Lamura, G. (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

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.

Rosenfeld, P. et Russell, D. (2012). "A review of factors influencing utilization of home and community-based long-term care: trends and implications to the nursing workforce." *Policy Polit Nurs Pract* **13**(2): 72-80.

Over the past several decades, home- and community-based services (HCBS) have played an increasingly important role in providing care to patients with complex health problems and functional impairments, and in enabling patients to remain independent in their own homes. This article identifies developments in U.S. health care policy during the past three decades that have led to increases in demand for and utilization of home- and community-based health care. We discuss the implications of these policy developments, societal trends, and the unique opportunities they present for the nursing workforce. Descriptive analyses of data from the 2008 National Sample Survey of Registered Nurses (N = 28,402) reveal significant differences between nurses employed in HCBS and hospital settings, and provide little evidence that the nursing workforce has responded to the shifting needs for nursing resources in HCBS.

Sales, A. E., Bostrom, A. M., Bucknall, T., et al. (2012). "The use of data for process and quality improvement in long term care and home care: a systematic review of the literature." *J Am Med Dir Assoc* **13**(2): 103-113.

BACKGROUND: Standardized resident or client assessments, including the Resident

Assessment Instrument (RAI), have been available in long term care and home care settings (continuing care sector) in many jurisdictions for a number of years. Although using these data can make quality improvement activities more efficient and less costly, there has not been a review of the literature reporting quality improvement interventions using standardized data. OBJECTIVES: To address 2 questions: (1) How have RAI and other standardized data been used in process or quality improvement activities in the continuing care sector? and (2) Has the use of RAI and similar data resulted in improvements to resident or other outcomes? DATA SOURCES: Searches using a combination of keyword and controlled vocabulary term searches were conducted in MEDLINE, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), EMBASE, the Cochrane Library, and PsychINFO. ELIGIBILITY CRITERIA, PARTICIPANTS, AND INTERVENTIONS: English language publications from database inception to October 2008 were included. Eligibility criteria included the following: (1) set in continuing care (long-term care facility or home care), (2) involved some form of intervention designed to improve quality or process of care, and (3) used standardized data in the quality or process improvement intervention. STUDY APPRAISAL AND SYNTHESIS METHODS: After reviewing the articles, we grouped the studies according to the type of intervention used to initiate process improvement. Four different intervention types were identified. We organized the results and discussion by these 4 intervention types. RESULTS: Key word searches identified 713 articles, of which we excluded 639 on abstract review because they did not meet inclusion criteria. A further 50 articles were excluded on full-text review, leaving a total of 24 articles. Of the 24 studies, 10 used a defined process improvement model, 8 used a combination of interventions (multimodal), 5 implemented new guidelines or protocols, and 1 used an education intervention. CONCLUSIONS/IMPLICATIONS: The most frequently cited issues contributing to unsuccessful quality improvement interventions were lack of staff, high staff turnover, and limited time available to train staff in ways that would improve client care. Innovative strategies and supporting research are required to determine how to intervene successfully to improve quality in these settings characterized by low staffing levels and predominantly nonprofessional staff. Research on how to effectively enable practitioners to use data to improve quality of care, and ultimately quality of life, needs to be a priority.

Stirling, C., Leggett, S., Lloyd, B., et al. (2012). "Decision aids for respite service choices by carers of people with dementia: development and pilot RCT." *BMC Med Inform Decis Mak* **12**.
<http://dx.doi.org/10.1186/1472-6947-12-21>

2011

Castora-Binkley, M., Noelker, L. S., Ejaz, F. K., et al. (2011). "Inclusion of caregiver supports and services in home- and community-based service programs: recent reports from state units on aging." *J Aging Soc Policy* **23**(1): 19-33.

Caregivers have an important role in assisting frail and/or disabled individuals to maintain their independence in the community. Support to assist caregivers in this often stressful and demanding role is critical to sustaining the caregivers' health and ability to provide care. This paper reviews federal policy changes since 2000 that have expanded and enhanced services for informal caregivers. Next, data collected from State Units on Aging and other state agencies are presented to describe the extent to which caregiver services are included in home- and community-based programs under three funding streams (Medicaid waivers, Centers for Medicare and Medicaid Services-funded programs, and state-funded programs). Program characteristics, such as eligibility and consumer-directed options, are included.

Finally, the accomplishments and initiatives reported by state respondents related to supporting informal caregivers are also explained. Results indicate that services for informal caregivers are receiving greater attention and are frequently offered under home- and community-based service programs by the states that participated in this study.

Cohen, E., Jovcevska, V., Kuo, D. Z., et al. (2011). "Hospital-based comprehensive care programs for children with special health care needs: a systematic review." Arch Pediatr Adolesc Med **165**(6): 554-561.

OBJECTIVE: To examine the effectiveness of hospital-based comprehensive care programs in improving the quality of care for children with special health care needs. **DATA SOURCES:** A systematic review was conducted using Ovid MEDLINE, CINAHL, EMBASE, PsycINFO, Sociological Abstracts SocioFile, and Web of Science. **STUDY SELECTION:** Evaluations of comprehensive care programs for categorical (those with single disease) and noncategorical groups of children with special health care needs were included. Selected articles were reviewed independently by 2 raters. **DATA EXTRACTION:** Models of care focused on comprehensive care based at least partially in a hospital setting. The main outcome measures were the proportions of studies demonstrating improvement in the Institute of Medicine's quality-of-care domains (effectiveness of care, efficiency of care, patient or family centeredness, patient safety, timeliness of care, and equity of care). **DATA SYNTHESIS:** Thirty-three unique programs were included, 13 (39%) of which were randomized controlled trials. Improved outcomes most commonly reported were efficiency of care (64% [49 of 76 outcomes]), effectiveness of care (60% [57 of 95 outcomes]), and patient or family centeredness (53% [10 of 19 outcomes]). Outcomes less commonly evaluated were patient safety (9% [3 of 33 programs]), timeliness of care (6% [2 of 33 programs]), and equity of care (0%). Randomized controlled trials occurred more frequently in studies evaluating categorical vs noncategorical disease populations (11 of 17 [65%] vs 2 of 16 [17%], $P = .008$). **CONCLUSIONS:** Although positive, the evidence supporting comprehensive hospital-based programs for children with special health care needs is restricted primarily to nonexperimental studies of children with categorical diseases and is limited by inadequate outcome measures. Additional high-quality evidence with appropriate comparative groups and broad outcomes is necessary to justify continued development and growth of programs for broad groups of children with special health care needs.

Dubuc, N., Dubois, M. F., Raiche, M., et al. (2011). "Meeting the home-care needs of disabled older persons living in the community: does integrated services delivery make a difference?" BMC Geriatr **11**: 67.

BACKGROUND: The PRISMA Model is an innovative coordination-type integrated-service-delivery (ISD) network designed to manage and better match resources to the complex and evolving needs of elders. The goal of this study was to examine the impact of this ISD network on unmet needs among disabled older persons living in the community. **METHODS:** Using data from the PRISMA study, we compared unmet needs of elders living in the community in areas with or without an ISD network. Disabilities and unmet needs were assessed with the Functional Autonomy Measurement System (SMAF). We used growth-curve analysis to examine changes in unmet needs over time and the variables associated with initial status and change. Sociodemographic characteristics, level of disability, self-perceived health status, cognitive functioning, level of empowerment, and the hours of care received were investigated as covariates. Lastly, we report the prevalence of needs and unmet needs for 29 activities in both areas at the end of the study. **RESULTS:** On average, participants were 83 years old; 62% were women. They had a moderate level of disability

and mild cognitive problems. On average, they received 2.07 hours/day (SD = 1.08) of disability-related care, mostly provided by family. The findings from growth-curve analysis suggest that elders living in the area where ISD was implemented and those with higher levels of disability experience better fulfillment of their needs over time. Besides the area, being a woman, living alone, having a higher level of disability, more cognitive impairments, and a lower level of empowerment were linked to initial unmet needs ($r^2 = 0.25$; $p < 0.001$). At the end of the study, 35% (95% CI: 31% to 40%) of elders with needs living in the ISD area had at least one unmet need, compared to 67% (95% CI: 62% to 71%) in the other area. In general, unmet needs were highest for bathing, grooming, urinary incontinence, walking outside, seeing, hearing, preparing meals, and taking medications. CONCLUSIONS: In spite of more than 30 years of home-care services in the province of Quebec, disabled older adults living in the community still have unmet needs. ISD networks such as the PRISMA Model, however, appear to offer an effective response to the long-term-care needs of the elderly.

Goree, M., Hiedemann, B. et Stern, S. (2011). Will You Still Want Me Tomorrow? The Dynamics of Families' Long-Term Care Arrangements. Chicago University of Chicago. Economic Research Center.: 40

http://humcap.uchicago.edu/RePEc/hka/wpaper/Goeree_Hiedemann_Stern_2011_will-you-still.pdf

This paper estimates dynamic models of elder-care arrangements using data from the Assets and Health Dynamics Among the Oldest Old Survey. It models the use of institutional care, formal home health care, care provided by a child, and care provided by a spouse in the selection of each care arrangement, the primary arrangement, and hours in each arrangement. The results indicate that both observed heterogeneity and true state dependence play roles in the persistence of care arrangements. It finds that positive state dependence (i.e., inertia) dominates caregiver burnout, and that formal care decisions depend on the cost and quality of care.

Low, L. F., Yap, M. et Brodaty, H. (2011). "A systematic review of different models of home and community care services for older persons." *BMC Health Serv Res* **11**: 93.

BACKGROUND: Costs and consumer preference have led to a shift from the long-term institutional care of aged older people to home and community based care. The aim of this review is to evaluate the outcomes of case managed, integrated or consumer directed home and community care services for older persons, including those with dementia. METHODS: A systematic review was conducted of non-medical home and community care services for frail older persons. MEDLINE, PsycINFO, CINAHL, AgeLine, Scopus and PubMed were searched from 1994 to May 2009. Two researchers independently reviewed search results. RESULTS: Thirty five papers were included in this review. Evidence from randomized controlled trials showed that case management improves function and appropriate use of medications, increases use of community services and reduces nursing home admission. Evidence, mostly from non-randomized trials, showed that integrated care increases service use; randomized trials reported that integrated care does not improve clinical outcomes. The lowest quality evidence was for consumer directed care which appears to increase satisfaction with care and community service use but has little effect on clinical outcomes. Studies were heterogeneous in methodology and results were not consistent. CONCLUSIONS: The outcomes of each model of care differ and correspond to the model's focus. Combining key elements of all three models may maximize outcomes.

Woods, M. p. (2011). Caring for Older Australians: Overview. Final Inquiry Report. Canberra Government of Australia

http://www.pc.gov.au/data/assets/pdf_file/0016/110932/aged-care-overview-booklet.pdf

Older Australians generally want to remain independent and in control of how and where they live; to stay connected and relevant to their families and communities; and be able to exercise some measure of choice over their care. While changes to the aged care system over past decades have increased the range and quality of care and support available to older Australians, there are significant variations in the quality of services. However, fundamental reform is required to overcome the delays, discontinuities, constraints and shortages that currently exist and to respond to future challenges. The challenges include: ? a significant increase in the number of older people ? an increasing incidence of age-related disability and disease, especially dementia ? rising expectations about the type and flexibility of care that is received ? community concerns about variability in the quality of care ? a relative decline in the number of informal carers ? a need for significantly more nurses and personal care workers with enhanced skills. Aged care can be greatly improved. Government policies, programs and regulations, and the services offered by community groups and businesses, need to be redesigned around the wellbeing of older people and be delivered in ways that respect their dignity and support their independence. Services need to be affordable for older people and for society in general. The Productivity Commission has been asked to develop detailed options to redesign and reform Australia's aged care system and to recommend a transition path to a new system.

2010

Beland, F. (2010). "Aspects territoriaux de l'intégration des services aux personnes âgées fragiles : l'exemple du SIPA au Québec." *Gérontologie Et Société*(132): 111-121.

[BDSP. Notice produite par FNG 8B98R0xD. Diffusion soumise à autorisation]. Le modèle de Système Intégré pour Personnes Agées fragiles (SIPA) entendait offrir la gamme entière de services médicaux et socio-sanitaires à une population âgée fragile d'un territoire défini. SIPA vise à assurer aux organisations locales responsables de la santé et de la prestation des services sociaux toute la flexibilité requise pour répondre aux besoins d'une population âgée fragile d'un territoire. Les SIPA locaux reçoivent les sommes nécessaires à l'ensemble des prestations. Ils assument la responsabilité de la gestion financière et clinique de la prestation des services, mettent sur pied les équipes multidisciplinaires pour la prestation de services de proximité et s'entendent sur une base contractuelle, pour les autres types de services, avec des établissements hospitaliers, d'hébergement médicalisé et autres. (extrait R.A.).

Orsini, C. (2010). "Changing the Way the Elderly Live: Evidence from the Home Health Care Market in the United States." *Journal of Public Economics* **94**(1-2): 142-152.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpubeco.2009.10.010>

I examine how decreases in government coverage of home health care visits to the elderly in the United States have affected their living arrangements. Specifically, I exploit geographic variation in the Medicare Home Health Care reimbursement rate that arose as a result of legislation passed in 1997 and I identify its impact on the living arrangements of older Medicare beneficiaries. I find that less generous reimbursement policies lead to a greater fraction of elderly giving up independent living. Baseline-model estimates suggest that a decline in reimbursement of one visit per user leads to a 0.98% increase in the fraction of elderly Medicare beneficiaries living in shared living arrangements, that is, living with somebody else, rather than alone or with only the spouse. This estimate implies that a

decline in reimbursement of 5.1 visits per Medicare beneficiary increases the fraction of elderly that live in shared living arrangements by 1.12 percentage points. Such an increase is consistent with the time-series increase in the fraction of elderly that live in shared living arrangements between 1997 and 2000.

Organisation et offre de soins : adéquation sur le territoire en France

2020

Korian, F. (2020). Grand-âge et territoires de vie : Étude qualitative sur 4 pays. Préparation au 4e Baromètre Européen du Bien Vieillir Korian. Paris Fondation Korian

<https://www.fondation-korian.com/fr/blog/etude-grand-age-et-territoires-de-vie>

À travers les témoignages de personnes en établissement et à domicile mais aussi de professionnels du grand âge, la Fondation Korian analyse le territoire du vieillissement. Entre la ville et les âgés, la relation est souvent compliquée. La Fondation Korian pour le bien vieillir et l'institut Ipsos ont réalisé au total 54 entretiens sur la base d'un guide dans quatre pays : France (13 entretiens), Belgique (14), Italie (15) et Allemagne (12). Dans ces États, un échantillon représentatif de personnes habitant en ville ou dans des territoires ruraux et semi-ruraux a été déterminé. Ont ainsi été interrogées 7 personnes dans chaque bassin de vie (2 personnes âgées à domicile, 2 résidents, 1 directeur d'établissement, 1 soignant ou 1 animateur et 1 élu local ou 1 représentant associatif). Le premier constat de cette étude porte sur la difficulté à définir globalement le concept de territoire de vie d'un âgé.

2019

Brunel, M. et Carrere, A. (2019). "La perte d'autonomie des personnes âgées à domicile : Quelles disparités entre départements ?" Dossiers De La Drees (Les)(34)

Grâce à l'enquête Vie quotidienne et santé (VQS) réalisée en 2014, la perte d'autonomie des personnes âgées vivant à domicile peut être comparée entre les départements français (hors Mayotte), pour divers indicateurs de limitations fonctionnelles, restrictions d'activité, ou recours à des aides professionnelles ou de l'entourage. Dans l'Ouest de la France (Bretagne, Pays de la Loire, Centre-Val de Loire), jusqu'aux départements de l'Ouest de l'Île-de-France, les prévalences de la perte d'autonomie à domicile sont faibles. Elles s'accompagnent d'un faible recours à l'aide professionnelle et de l'entourage. À l'inverse, les départements ultra-marins, le nord et le nord-est de la France, et une grande partie de la moitié sud de la France combinent de fortes prévalences de la perte d'autonomie à domicile et un fort recours à l'aide. Les limitations cognitives sont plus fréquentes dans les départements du sud, alors que les prévalences des limitations physiques sont plus élevées dans le nord et le nord-est de la France. Ces disparités de besoins et de recours à l'aide peuvent être liées à l'offre proposée sur le territoire pour prendre en charge la perte d'autonomie. Les territoires où le taux d'équipement en établissements est faible ont une prévalence des incapacités à domicile forte. Les départements où l'aide professionnelle à domicile est importante sont aussi ceux où les besoins sont élevés.

2018

ANAP (2018). Pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap. Les recommandations, les outils. Saint-Denis, Anesm

Ces recommandations se présentent en deux volets. Le premier volet aborde en priorité les évaluations préventives à mettre en place et à renforcer lors de toute transition, le recueil

des attentes et aspirations de la personne en situation de handicap et de son entourage. Il identifie d'une part les acteurs ressources permettant de fluidifier le parcours de vie de la personne et d'autre part il définit l'acteur ressource assurant une fonction de coordination. Il s'attache également à construire et mettre en œuvre un dispositif ressource permettant de répondre à l'ensemble des besoins de la personne. Le second volet est composé d'outils, de zooms sur la réglementation et des fiches acteurs. Ces fiches ont pour but d'améliorer le repérage des dispositifs et acteurs présents sur le territoire et de faciliter l'identification de leur rôle et de leurs missions.

ARSIF (2018). Diagnostic de la filière de soins gynécologique et obstétricale accueillant des femmes en situation de handicap sur le territoire francilien. Paris ARSIF

<http://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2018-03/handi-gyneco-etude-2017.pdf>

La réalisation d'un bilan sur les besoins en termes de prise en charge gynécologique et obstétricale des femmes handicapées en Ile-de-France portait quatre objectifs : analyser les besoins des femmes en situation de handicap ; recenser l'offre en soin gynécologique et obstétricale accessible aux femmes en situation de handicap ; analyser les besoins des professionnels concernés par la prise en charge gynécologique et identifier l'ensemble des problématiques d'accès aux soins

Bricard, D., Or, Z. et Penneau, A. (2018). "Evaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa)." *Questions D'économie de La Sante (Irdes)*(235)

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/235-evaluation-d-impact-de-l-experimentation-parcours-sante-des-aines-paerpa.pdf>

Les expérimentations Parcours santé des aînés (Paerpa), lancées en 2014 dans neuf territoires pilotes, ont pour objectif d'améliorer la prise en charge et la qualité de vie des personnes âgées de 75 ans et plus et de leurs aidants en faisant progresser la coordination des différents intervenants des secteurs sanitaire, social et médico-social au niveau local. L'évaluation des impacts médicaux et économiques des projets pilotes, prévue dans le cahier des charges Paerpa, renvoie à des enjeux méthodologiques multiples en raison du nombre et de la diversité des acteurs impliqués, de la variété des interventions déployées dans chaque territoire, et de l'hétérogénéité des territoires sélectionnés parmi un ensemble de territoires volontaires. Les premiers résultats observés à partir des données 2015 et 2016, années correspondant à la montée en charge des expérimentations, ne permettent pas d'établir un effet moyen significatif propre à Paerpa sur les indicateurs de résultats retenus lorsqu'on étudie l'ensemble des territoires. Néanmoins, les analyses par territoire permettent de déceler des effets significatifs dans quelques-uns d'entre eux, notamment pour les indicateurs de résultats les plus sensibles aux soins primaires.

Bricard, D., Or, Z. et Penneau, A. (2018). Méthodologie de l'évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa). *Document de travail Irdes ; 74*. Paris Irdes

<http://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/074-methodologie-de-l-evaluation-d-impact-de-l-experimentation-parcours-sante-des-aines-paerpa.pdf>

L'expérimentation sur les Parcours santé des aînés (Paerpa), lancée en 2014 dans neuf territoires pilotes, avec l'objectif d'améliorer la prise en charge et la qualité de vie des personnes âgées de 75 ans et plus, est un exemple d'expérimentation complexe. Elle combine une série de dispositifs nationaux implémentés de façon hétérogène d'un territoire à l'autre. L'évaluation d'expérimentations territoriales comme Paerpa renvoie à des enjeux méthodologiques importants car le traitement de ces expérimentations est hétérogène et

l'effet de ce traitement peut varier selon les contextes territoriaux. Dans cet article, la méthode du contrôle synthétique (CS) est présentée comme une méthode pertinente pour l'évaluation d'impact des politiques territoriales et sa robustesse est testée comparativement aux méthodes alternatives plus classiques. L'évaluation s'appuie principalement sur les données du Système national des données de santé (SNDS) de 12 régions françaises de 2010 à 2016. Les contextes socio-économiques et l'offre sanitaire et médico-sociale des territoires sont appréhendés à partir de nombreuses sources de données, à un niveau communal ou départemental.

Castel-Tallet, M. A., Talbi, B., Vilet, H., et al. (2018). "Une exploitation de l'enquête nationale sur les dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer." la lettre de l'observatoire, Fondation Méderic Alzheimer(49-50)

À chaque édition de son enquête nationale des dispositifs, désormais biennale, la Fondation Méderic Alzheimer enrichit le périmètre de sa prospection. Pour cette onzième édition, ce sont 15 290 dispositifs qui ont été interrogés. De nouvelles structures font leur entrée : les bistrotts et les cafés mémoire. Les résultats constituent désormais le panorama le plus large et le mieux actualisé des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. L'année 2017 se situant à mi-parcours du Plan maladies neurodégénératives 2014-2019, cette enquête permet de suivre l'évolution récente des différents dispositifs par rapport aux objectifs du plan. On note une montée en puissance des dispositifs mis en œuvre par le troisième Plan Alzheimer et déployés dans le cadre du Plan maladies neurodégénératives. Elle concerne aussi bien les capacités d'accueil et de prise en charge réservées aux personnes malades et les moyens en personnel qui leur sont dévolus que les dispositifs spécifiques. Ainsi le nombre de dispositifs MAIA a augmenté de 38% en l'espace de deux ans et celui des pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) de 36%.

Etchegaray, A., Bourgarel, S. et Mazurek, H. (2018). Géographie de la population en situation de handicap en France métropolitaine. Marseille CREA PACA et Corse

Ce travail, co-financé par la CNSA, le LPED et le CREA PACA et Corse consiste à identifier des déterminants de la répartition spatiale de la population en situation de handicap, et à proposer une méthode d'estimation de cette population pour chaque département. L'hypothèse proposée est que, comme nombre de faits de santé, la répartition de la population handicapée n'est pas homogène sur le territoire, et qu'elle peut être influencée par des facteurs sociétaux et environnementaux. La répartition sur le territoire national de cette population est actuellement mal appréhendée, au moyen de données qui ne permettent que des estimations approchantes basées par exemple sur la reconnaissance officielle du handicap ou la répartition d'allocataires, et connaissant de fortes variations entre départements. L'objectif est de comprendre de quelles façons les données existantes peuvent être, en évaluant leur convergence, indicatrices de la répartition de la population handicapée sur le territoire. Cela permet d'estimer cette population dans les départements, et de repérer des indicateurs, afin d'orienter au mieux les ressources publiques.

Giacomini, A. et Lefebvre, P.-O. (2018). "Spécificités françaises de la démarche Villes amies des aînés : une dynamique politique soutenue par le Réseau francophone." RETRAITE ET SOCIETE 79(1): 137-146.

<https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2018-1-page-137.htm>

Une fois les territoires mieux définis dans notre premier volet, il nous faut maintenant étudier les enjeux de l'adaptation des territoires au vieillissement. Ce numéro consacre

notamment plusieurs articles à l'analyse de la démarche Villes amies des aînés (VADA) lancée il y a une dizaine d'années par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), avec les exemples de la France, du Québec et de Barcelone. Si le programme connaît des adaptations en fonction des territoires, il témoigne d'une constante : celle de redonner à tous les aînés leur pleine place de citoyens. En outre, il n'efface pas d'autres méthodologies où l'action communautaire joue aussi un rôle pivot. Mais les politiques publiques, bien qu'elles favorisent la participation des personnes âgées à la vie de la cité, ne parviennent pas à combler pleinement les inégalités : géographiques, avec notamment des disparités d'accès aux services de la vie quotidienne entre villes ou pôles urbains et milieu rural ; sociales, avec une moindre inclusion des aînés en perte d'autonomie fonctionnelle.

Guirimand, N., Mazereau, P. et Leplege, A. (2018). Les nouveaux enjeux du secteur social et médico-social. Décloisonner & coordonner les parcours de vie et de soin. Nîmes, Champ social

La notion de parcours de vie rend compte de l'individualisation croissante des réponses apportées aux situations de handicap, de maladie chronique, de vieillissement. Elle suppose une transformation profonde des modalités d'organisation des secteurs médico-social, sanitaire, éducatif. Accompagner les personnes dans l'élaboration de leur parcours de vie et favoriser leur accès au droit commun suppose de les aider à s'autonomiser et à trouver des réponses à leurs besoins et attentes. Cela suppose de s'écarter de raisonnements exclusivement catégoriels. Ces transformations ont été jusqu'ici analysées en termes organisationnels. Or la coopération nécessite d'être pensée au point d'intersection entre les intérêts et les enjeux identitaires des agents inscrits dans ces nouvelles configurations où la complémentarité des rôles redéfinit les relations de légitimité entre des savoirs professionnels et profanes. Dans ce moment de réorganisation des politiques sanitaires et sociales, la coordination des parcours de vie appelle donc une exploration multidimensionnelle. Cet ouvrage, issu d'un colloque international tente d'apporter des éléments de compréhension en mettant en regard des apports de recherches et des restitutions d'expériences. La première partie pose le cadre d'une réflexion critique et théorique sur les parcours, les partenariats, la coopération, la collaboration et la coordination. Les suivantes traitent, tour à tour, de la diversité des approches visant à construire les parcours des personnes malades chroniques/vieillissantes/handicapées, de la pluralité des configurations pour produire une action collective, des transformations identitaires et professionnelles que produisent la coordination et enfin des dispositifs innovants censés améliorer la qualité de vie des personnes concernées.

Le Floch, M. et Pardini, B. (2018). Accompagnement des personnes handicapées en Ile-de-France : impact des mutations sur les besoins en professionnels. Paris : Région Ile-de-France
https://www.defi-metiers.fr/sites/default/files/docs/rapports-etudes/accompagnement_des_personnes_handicapees_en_ile-de-france.pdf

La Région Ile-de-France a commandité à Défi métiers la réalisation d'une étude sur le secteur médicosocial du handicap en Ile-de-France et les évolutions à moyen terme qu'il va connaître en besoins en emploi et en compétences pour ces accompagnants. L'enjeu pour la Région, pilote des formations sanitaires et sociales, est double. Il s'agit d'une part de bénéficier d'un panorama du secteur médico-social du handicap en Ile-de-France et d'appréhender son organisation et sa place dans le tissu socio-économique francilien ; et, d'autre part, d'anticiper les besoins en emploi alimentés par les formations sanitaires et sociales dans ce domaine d'activité. Cette étude s'inscrit dans le cadre du suivi du schéma régional des formations sanitaires et sociales 2016-2022.

Michel, M. (2018). "La part de seniors à domicile en situation de perte d'autonomie varie d'une région à l'autre." *Insee Focus*(115)
<https://insee.fr/fr/statistiques/3554333>

La perte d'autonomie concerne 6,3 % des seniors vivant à domicile. Cette part s'élève à 14,1 % chez les 75 ans ou plus. Elle 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 (Corse, Hauts-de-France, Occitanie, départements et régions d'outre-mer) sont celles où ils résident le plus souvent à domicile et où les situations de perte d'autonomie à domicile sont les plus fréquentes.

Or, Z. et Penneau, A. (2018). "A Multilevel Analysis of the determinants of emergency care visits by the elderly in France." *Health Policy* **122**(8): 908-914

BACKGROUND : Rising numbers of visits to emergency departments (EDs), especially amongst the elderly, is a source of pressure on hospitals and on the healthcare system. This study aims to establish the determinants of ED visits in France at a territorial level with a focus on the impact of ambulatory care organisation on ED visits by older adults aged 65 years and over. **METHODS :** We use multilevel regressions to analyse how the organisation of healthcare provision at municipal and wider 'department' levels impacts ED utilisation by the elderly while controlling for the local demographic, socioeconomic and health context of the area in which patients live. **RESULTS :** ED visits vary significantly by health context and economic level of municipalities. Controlling for demand-side factors, ED rates by the elderly are lower in areas where accessibility to primary care is high, measured as availability of primary care professionals, out-of-hours care and home visits in an area. Proximity (distance) and size of ED are drivers of ED use. **CONCLUSION :** High rates of ED visits are partly linked to inadequate accessibility of health services provided in ambulatory settings. Redesigning ambulatory care at local level, in particular by improving accessibility and continuity of primary and social care services for older adults could reduce ED visits and, therefore, improve the efficient use of available healthcare resources.

ORS (2018). Parcours de santé des personnes en situation de handicap en Centre Val-de-Loire. Orléans ORS Centre Val de Loire

https://orscentre.org/images/files/publications/handicaps_et_personnes_agees/Rapports/PSPH.pdf

Cette étude, commandité par l'ARS s'inscrit dans une priorité nationale, en fixant 3 grands objectifs à cette étude : identifier les problématiques et les améliorations possibles des parcours de santé des personnes en situation de handicap ; repérer les actions, les expériences existantes, effectives ou envisagées pour améliorer et faciliter l'accès aux soins des personnes en situation de handicap sous toutes ses formes ; identifier les conditions permettant d'améliorer le parcours des personnes en situation de handicap aux urgences, et de limiter les entrées potentiellement évitables dans les services d'urgences.

Pribile, P. et Nabet, N. (2018). Stratégie de transformation du système de santé : Repenser l'organisation territoriale des soins. Rapport final. Paris Ministère chargé de la santé
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/masante2022_rapport_organisation_territoriale.pdf

Des parcours de santé plus fluides grâce à des interventions coordonnées de professionnels issus de secteurs différents et aux modes d'exercice divers, des soins de meilleure qualité grâce à une gradation de l'offre de soins et à un juste recours. En d'autres termes, que chaque patient qui le nécessite puisse disposer, autour du médecin traitant, d'éléments

d'infrastructure nécessaires à sa prise en charge à proximité de son domicile : une permanence sanitaire infirmière, un support fiable logistique à domicile et de capacités d'hébergement temporaire. D'autre part, il est nécessaire d'organiser l'accès à une offre de soins graduée et complémentaire de prises en charge hospitalière. Tels sont les principaux attendus d'une meilleure organisation territoriale des soins. La mission considère que cette transformation territoriale ne peut s'opérer qu'en se fondant sur : un principe de prise en charge au domicile aussi longtemps et dès que possible de préférence à une prise en charge en établissement ; des innovations organisationnelles portées par les acteurs sur le terrain, facilitées par une simplification réglementaire et administrative ; la mise en responsabilité territoriale / populationnelle des professionnels et des acteurs du système de santé ; l'implication réelle des patients dans le fonctionnement du système .

Roquebert, Q., Kabore, R. et Wittwer, J. (2018). Decentralized policies and formal care use by the disabled elderly. *PSE Working Paper; 2018-47*. sl HALSHS

<https://econpapers.repec.org/paper/halpsewpa/halshs-01877829.htm>

In a context of population ageing, public policies encourage the utilization of professional home care for the elderly living in the community. This chapter studies the determinants of professional home care use by the disabled elderly in the French context. It focuses on the effects of the regulation of the supply and the generosity of public financing. We use departmental variations in both the regulation of providers and the implementation of the main program devoted to the disabled elderly, the APA policy. We exploit an original survey on departmental practices matched with the HSM survey to estimate the determinants of formal care use, at the extensive margin. We find no effect of the departmental generosity while, on the supply side, when non-regulated providers | whose quality is uncertain and price is lightly regulated | dominate the market, the disabled elderly have a lower probability to use formal home care. Our results contribute to discuss both the questions raised by the decentralization of a national policy and the recent reform of the home care sector requiring all home care structures to be regulated.

Viriot Durandal, J.-P., Moulaert, T., Scheider, M., et al. (2018). "Adaptation des territoires au vieillissement : politiques publiques et formes d'agencement démocratique. Les exemples de la France et du Québec." *Retraite et Société* **79**(1): 17-41.

<https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2018-1-page-17.htm>

La prise en compte des aînés dans l'adaptation des territoires au vieillissement de la population occupe aujourd'hui une place croissante dans les débats publics. Pour autant, quelle est la place réellement accordée aux plus âgés dans les institutions ou dans la construction des politiques publiques ? En fonction des contextes, comment s'organise la mise en œuvre des dispositifs participatifs dans les territoires ? Pour répondre à ces questions, nous comparons, dans une double focale, les modèles français et québécois d'adaptation des territoires au vieillissement. Nous étudions tout d'abord les schémas institutionnels de consultation des personnes âgées de part et d'autre de l'Atlantique. Ensuite, nous portons notre attention sur l'application, dans les deux modèles, du programme international des Villes amies des aînés (VADA) initié par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). L'intérêt de ce programme réside dans la possibilité d'établir une comparaison internationale à partir d'un même protocole participatif. Au fil de la démonstration, se dessinent progressivement deux formes d'agencement démocratique de la place des aînés dans les politiques d'adaptation des territoires au vieillissement. En France, les niveaux centraux et locaux se déconnectent et la démarche VADA s'organise selon les ressources et les intérêts de ses porteurs locaux. Au Québec, la démarche VADA reflète une

approche intégrée qui connecte les niveaux centraux et locaux et qui s'enracine dans une culture du développement communautaire, laissant largement la place à la parole des aînés.

2017

Bourgarel, S. et Etchegaray, A. (2017). "Répartition de la population handicapée et des structures spécialisées en France." *L'espace Politique* 31(1): 1p.

<http://espacepolitique.revues.org/4281>

La répartition de la population en situation de handicap sur le territoire français est en partie liée à la géographie des déterminants du handicap, dont seulement une partie sont identifiés. Pour dénombrer cette population et comprendre sa répartition, des données administratives sont utilisées, mais le dénombrement reste un exercice complexe. La géographie des dispositifs de prise en charge montre une mauvaise desserte des espaces urbains, qui témoigne d'une mise à l'écart. L'éloignement des services d'accompagnement crée, quant à lui, des dysfonctionnements, en particulier liés au temps de transport.

Dreneau, M., Fontaine-Gavino, K., Fradet, M. R., et al. (2017). Étude prospective et qualitative. Prise en charge et accompagnement de la personne âgée de 75 ans et plus en perte d'autonomie à l'horizon 2030 - Région Auvergne-Rhône-Alpes. Lyon, ORS Auvergne-Rhône-Alpes: 137p.

La littérature en psychologie et en sociologie concernant la dernière étape de la vie est plus qu'abondante, reflet d'évolutions à la fois démographiques et sociétales liées au fait que la durée de vie s'allonge et que la majorité des personnes seront, en vieillissant, en prise avec de nouvelles possibilités par rapport aux générations précédentes, mais aussi avec de nouvelles difficultés et inquiétudes qu'il faudra apprendre à apprivoiser, préparer. Vivre "le plus longtemps possible" est le souhait du plus grand nombre, à condition de "bien vieillir". Dans ce contexte, l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes a confié à l'Observatoire régional de la santé (ORS) Auvergne-Rhône-Alpes la réalisation d'une étude prospective et qualitative sur la prise en charge et l'accompagnement, à l'horizon 2030, de la personne âgée de 75 ans et plus en perte d'autonomie, au sein des territoires de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Cette étude avait pour objectif d'identifier les priorités à mettre en œuvre pour une organisation optimale des ressources à destination des personnes âgées. Elle se déclinait en trois objectifs spécifiques : réaliser une synthèse bibliographique afin de faire le point sur les connaissances actuelles en matière de dépendance des personnes âgées et de leurs parcours de prise en charge ; proposer une typologie à l'échelle des filières gérontologiques et des bassins de santé intermédiaires (BSI) selon les parcours de prise en charge des personnes âgées dépendantes ; dégager des priorités et des pistes d'action à l'horizon 2030.

Heron-Longe, B. (2017). Les parcours de santé des personnes polyhandicapées : acteurs et organisations. *La personne polyhandicapée : la connaître, l'accompagner, la soigner*. Paris, Dunod: 889-901.

Dans ce chapitre : - l'accompagnement médical des personnes polyhandicapées pose un double problème ; - une unique humanité vulnérable, à visages multiples ; - les personnes polyhandicapées ont des besoins communs et des besoins spécifiques ; - les parcours de santé des personnes polyhandicapées sont diversifiées ; - comment améliorer l'adaptation des structures sanitaires pour accueillir les personnes polyhandicapées ? - des interrelations pérennes entre les différents parcours de santé pour faciliter la communication entre les

différents acteurs de soins ; - l'anticipation et l'organisation : des compléments indispensables de ces interrelations ; - formation, encadrement et disponibilité des personnels sont essentiels dans toutes les structures de vie et de soins ; - une amélioration du parcours de soins pour les personnes polyhandicapées sera bénéfique pour tous les citoyens.

Moulié, C. (2017). Le parcours des personnes en situation de polyhandicap en Normandie. Caen ARS Normandie

<http://www.normandie.ars.sante.fr/system/files/2017-11/Parcours%20personnes%20situation%20polyhandicap%20Normandie.pdf>

Dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie quinquennale – volet polyhandicap, des orientations en matière de transformation de l'offre médico-sociale et de l'élaboration du projet régional de santé 2ème génération, l'ARS porte pour ambition l'amélioration sur le territoire de l'accompagnement des personnes en situation de polyhandicap, afin que puissent être garantis l'accès aux droits et libertés individuels. L'objet de l'étude confiée au CREAI Normandie est d'identifier les trajectoires individuelles parcourues par des personnes polyhandicapées (depuis la phase diagnostique jusqu'aux conséquences du polyhandicap sur leur vie quotidienne), de déterminer des leviers et pistes d'action susceptibles d'optimiser leur accompagnement, afin d'élaborer avec les professionnels et représentants de familles, des préconisations sur la restructuration de l'offre pour réduire les inégalités sociales et territoriales.

Naruse, T., Matsumoto, H., Fujisaki-Sakai, M., et al. (2017). "Measurement of special access to home visit nursing services among Japanese disabled elderly people: using GIS and claim data." *BMC Health Serv Res* **17**(1): 377

BACKGROUND: Home care service demands are increasing in Japan; this necessitates improved service allocation. This study examined the relationship between home visit nursing (HVN) service use and the proportion of elderly people living within 10 min' travel of HVN agencies. **METHODS:** The population of elderly people living within reach of HVN agencies for each of 17 municipalities in one low-density prefecture was calculated using public data and geographic information systems. Multilevel logistic analysis for 2641 elderly people was conducted using medical and long-term care insurance claims data from October 2010 to examine the association between the proportion of elderly people reachable by HVNs and service usage in 13 municipalities. Municipality variables included HVN agency allocation appropriateness. Individual variables included HVN usage and demographic variables. **RESULTS:** The reachable proportion of the elderly population ranged from 0.0 to 90.2% in the examined municipalities. The reachable proportion of the elderly population was significantly positively correlated with HVN use (odds ratio: 1.938; confidence interval: 1.265-2.967). **CONCLUSIONS:** Residents living in municipalities with a lower reachable proportion of the elderly population are less likely to use HVN services. Public health interventions should increase the reachable proportion of the elderly population in order to improve HVN service use.

Rapegno, N., Aubert, J.-M. (2017). "Dispositifs et modalités d'accompagnement des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux." *Les dossiers de la DREES*(22)

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/dispositifs-et-modalites-d-accompagnement-des-personnes-handicapees-dans-les>

La CNSA, la DREES, et l'IReSP ont conduit entre novembre 2016 et janvier 2017 un séminaire de réflexion sur les dispositifs et modalités d'accompagnement des personnes handicapées afin de préparer un appel à projet de recherche sur cette thématique. L'objectif du séminaire était d'organiser la rencontre d'acteurs de terrain et de décideurs publics, d'une part, et de chercheurs, d'autre part, afin de transformer les questions opérationnelles des premiers en questions de recherche. Ce travail de concertation visait également à alimenter par des travaux de recherche la réflexion des acteurs publics autour de l'accompagnement des personnes handicapées.

Sagot, M., Louchard, P. et Laborde, C. (2017). Impact du vieillissement sur le recours à l'APA en Île-de-France. Enjeux départementaux à l'horizon 2040. Paris ORSIF

<http://www.ors-idf.org/index.php/fr/publications/58-groupes-de-population/personnes-agees/855-impact-du-vieillissement-sur-le-recours-a-l-apa-en-ile-de-france>

La croissance attendue des personnes âgées et ses répercussions sur le nombre de personnes en situation de dépendance figurent en bonne place de l'agenda social, avec notamment la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement promulguée en décembre 2015. Pour l'Île-de-France et ses huit départements, ce rapport, établi par l'ORS Île-de-France et l'IAU, fournit des projections de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), à domicile et en établissement, de 2020 à 2040. Pour cela, il s'appuie sur des projections démographiques calées sur le recensement de 2013 et les dernières projections de l'Insee sur la France. Il apporte un éclairage sur les différences départementales de recours à l'APA selon leurs structures sociales et leur offre de soins à domicile et en établissement. A partir de 2030, le nombre de Franciliens de plus de 85 ans double entre 2013 et 2040 (+295 000 personnes). D'ici 2040, le nombre de Franciliens bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) pourrait augmenter de 85 000 personnes selon les projections ; soit 48 000 Franciliens supplémentaires vivant à domicile et 37 000 en établissement. En Île-de-France, la grande couronne serait plus concernée par ces évolutions et notamment la Seine-et-Marne où la population de 85 ans et plus devrait tripler, et les bénéficiaires de l'APA plus que doubler.

2016

Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux. . (2016). Mettre en place la coordination territoriale d'appui - Retour d'expériences des territoires PAERPA. Paris, ANAP

Les retours d'expériences des neuf territoires expérimentateurs PAERPA ont permis d'identifier des enseignements en matière de méthode de mise en place de la Coordination Territoriale d'Appui (CTA) dans le cadre d'un projet Parcours à destination des personnes âgées. Ces retours d'expériences sont basés sur le Cahier des charges national 2013 (CCN 2013) dont l'évaluation est en cours.

Besson, L., Guyon, C., Colas, J., et al. (2016). Réflexion relative à la territorialisation des parcours des personnes en situation de handicap. Territoire Est Lyonnais. Volet Enfants/Jeunes adultes

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes a souhaité que les territoires concernés par PASCALINE (PARcours de Santé Coordonné et Accès à L'Innovation Numérique) soient non seulement des territoires expérimentaux en matière de développement de nouvelles technologies et

d'innovations numériques mais également en matière d'accompagnement des parcours des personnes en situation de handicap. Dans ce cadre, elle a sollicité le CREAI Auvergne-Rhône-Alpes pour mener une réflexion relative à la définition de territoires de parcours des personnes en situation de handicap, sur les deux territoires laboratoires rhônalpins infra-départementaux sélectionnés dans le cadre du programme Pascaline (Est lyonnais et Nord-Isère). Les objectifs de cette réflexion sont : - d'identifier, sur ces territoires, les risques de rupture de parcours des personnes en situation de handicap, et leurs besoins et attentes en matière d'accompagnement ; de promouvoir la construction d'une organisation autour de la notion de parcours en proposant des modes de fonctionnement renouvelés entre les acteurs des territoires, ou l'expérimentation de nouveaux modes d'organisation, permettant d'améliorer leur coordination pour ainsi fluidifier les parcours des personnes ; - de construire le cadre permettant de développer une réflexion partagée autour de la nécessaire évolution de l'offre et de son organisation ; - d'accompagner les professionnels du secteur du handicap à anticiper les enjeux technologiques. Il s'agit de déboucher sur des propositions d'organisation territoriale en matière de prise en charge permettant la réalisation de parcours territorialisés au plus près des besoins des personnes en situation de handicap et d'en mesurer les impacts. Les résultats de cette réflexion pourront servir de modèle pour un déploiement régional, et le cas échéant, se traduire par des orientations et objectifs repris dans le Projet Régional de Santé. (R.A.).

Bourgarel, S. (2016). Personnes en situation de handicap à domicile à risque de rupture de parcours en Corse en 2016. Marseille CREAI PACA et Corse

http://www.creai-pacacorse.com/depot_creai/documentation/161/161_17_doc.pdf

Cette étude vise à estimer l'effectif des personnes avec handicap vivant à domicile et en risque de rupture de parcours. Elle a aussi pour objectif de préciser, de façon qualitative, au travers d'entretiens auprès d'adultes en situation de handicap vivant à domicile, la réalité des prises en charges réalisées à domicile.

CNSA (2016). Territoires et politiques de l'autonomie : rapport 2015. Paris CNSA

http://www.cnsa.fr/documentation/rapport_annuel_2015_territoires_et_politiques_de_lautonomie.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.

Fondation Médéric Alzheimer (2016). "État des lieux 2015 des dispositifs. - État des lieux 2015 des dispositifs." La Lettre de l'Observatoire des Dispositifs de Prise en Charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer(43-44)

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).

Loubat, J. R., Hardy, J. P., Bloch, M. A., et al. (2016). Concevoir des plateformes de services en action sociale et médico-sociale, Paris : Dunod

<http://www.dunod.com/sciences-sociales-humaines/action-sociale-et-medico-sociale/politiques-et-dispositifs/concevoir-des-plateformes-de-servi>

Dans la santé et le social, le parcours s'affirme comme le nouveau paradigme d'un accompagnement en prise sur le projet de vie et les situations successives de la personne. Les organisations de ces secteurs se trouvent en demeure de repenser leur mode de fonctionnement pour s'y adapter. D'autre part, le coût des ESSMS augmente continuellement pour des raisons de mise aux normes et d'entretien et ceux-ci doivent aujourd'hui mettre en place de nouvelles organisations, moins coûteuses et plus efficaces : des « organisations intelligentes », interactives avec leur environnement, plus souples et plus adaptatives. Les plateformes de services représentent ce nouveau type d'organisation, mutualisant leurs moyens, optimisant les ressources et l'accès aux compétences, s'associant avec d'autres, capables de diminuer ou d'augmenter leur périmètre d'action assez rapidement et d'assurer la coordination des parcours des bénéficiaires.

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

<https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiqués-de-presse/article/aide-a-domicile-publication-du-guide-des-bonnes-pratiques>

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.

Ministère chargé de la santé (2016). Stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale. Volet polyhandicap. Paris Ministère chargé de la santé

www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/12/strategie_quinquennale_de_levolution_de_loffre_medico-sociale_volet_polyhandicap.pdf

Ce rapport présente les axes retenus par le Gouvernement, déclinés en fiches action dans le

cadre du volet spécifique polyhandicap du plan de transformation de l'offre médico-sociale. Quatre axes stratégiques ont été dégagés : Accompagner en proximité en assurant la continuité des parcours de vie et de soins; Renforcer et valoriser l'expertise de l'accompagnement du polyhandicap; Promouvoir la citoyenneté, la participation et l'accès aux droits des personnes en situation de polyhandicap; Outiller et développer la recherche sur le polyhandicap.

Podevin, M. (2016). Les attentes et besoins des personnes polyhandicapées, de leurs familles et des professionnels qui les accompagnent. Laroque des Albères ADEPO
www.adepo.fr/sites/adepo.fr/files/upload/adepo_enquete_polyhandicap_2016.pdf

Ce rapport rend compte d'une étude qualitative sur les difficultés et les besoins des personnes polyhandicapées et de leur famille en matière de prise en charge, d'accueil et d'accompagnement. Le recueil qualitatif l'étude a été complétée d'un volet quantitatif afin de tenter de quantifier les difficultés mises en lumière par les familles et les professionnels.

Yao, N., Ritchie, C., Camacho, F., et al. (2016). "Geographic Concentration Of Home-Based Medical Care Providers." *Health Aff (Millwood)* **35**(8): 1404-1409.

The United States faces a shortage of providers who care for homebound patients. About 5,000 primary care providers made 1.7 million home visits to Medicare fee-for-service beneficiaries in 2013, accounting for 70 percent of all home-based medical visits. Nine percent of these providers performed 44 percent of visits. However, most homebound people live more than thirty miles from a high-volume provider.

2015

Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux. . Paris, F. R. A. (2015). Approche territoriale : Filières de soins - Enquête sur la prise en charge des personnes âgées dans 3 territoires de santé. Paris, ANAP

Ce document présente les résultats d'une enquête proposée dans 3 territoires permettant de mieux connaître l'usage de dispositifs déjà déployés, de mieux comprendre les attentes des professionnels et de les associer dans ces choix : une enquête au service d'un projet de territoire réalisé avec des professionnels au service de la population. Cette enquête, menée sur les territoires de Strasbourg, du Nord-Ouest Val d'Oise et du Nord-Essonne entre septembre 2013 et janvier 2014, a permis de compléter la connaissance des ruptures de prise en charge rencontrées par les professionnels ainsi que les dispositifs opérationnels attendus.

Alcetegaray, D et et al. (2015). L'expérimentation Paerpa : accompagner les personnes âgées en risque de perte d'autonomie par la structuration d'un parcours coordonné de soins. Rennes Presses de l'Ehesp, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. (E.H.E.S.P.). Rennes
<http://documentation.ehesp.fr/memoires/2015/mip/groupe%2012.pdf>

Face aux enjeux sanitaires et financiers liés à la dépendance, les pouvoirs publics encouragent la fluidification de la prise en charge de la personne âgée. Aussi, l'article 48 de la LFSS 2013 permet-il le lancement du projet pilote PAERPA dans neuf territoires. Ce dispositif porté par les ARS vise à coordonner les actions des acteurs de l'accompagnement par le déclouisonnement des secteurs sanitaire, social et médico-social pour organiser une prise en

charge globale de la personne âgée en risque de perte d'autonomie. Cinq objectifs sont poursuivis : Le renfort du maintien à domicile, l'amélioration de la coordination des acteurs, la réduction des hospitalisations évitables, la sécurisation du retour à domicile et l'amélioration de l'utilisation du médicament, avec une focale particulière sur les quatre facteurs d'hospitalisation évitable que sont les chutes, la dénutrition, la iatrogénie et la dépression. Au-delà de la présentation du dispositif, ce rapport cherche, d'une part, à identifier les modalités et outils nécessaires à la mise en œuvre de PAERPA (capitalisation sur l'existant, CCP, CTA, PPS, VSM, DLU, DP, DMP, SI, formations) et les interactions qu'ils génèrent entre les différents acteurs de statut souvent différent (institutions : ARS, CPAM, CG, CNSA ; établissements de santé, services et établissements sociaux et médico-sociaux ; professions libérales : médecins traitants, infirmiers libéraux, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, etc.) afin de dégager les réalités territoriales de PAERPA, ses premiers facteurs de réussite ou obstacles. D'autre part, ce rapport évoque l'avenir du projet, non seulement dans la perspective de son évaluation, mais encore au regard de la notion de parcours développée comme axe structurant du système de santé du projet de loi de santé. A l'issue de cette étude, PAERPA se révèle être un dispositif qui se veut proche de l'usager mais qui cristallise cependant une certaine complexité générée par le changement de paradigme d'approche de la prise en charge. Il apparaît comme un dispositif susceptible de participer aux mutations territoriales de l'offre de soins dans son acception la plus large.

Bourgarel, S., Etchegaray, A. et Mazurek, H. (2015). Optimiser l'accès aux SESSAD en région PACA par réduction de la distance au service. Marseille, CREAI PACA et Corse

http://ancreai.org/wp-content/uploads/2018/02/optimiser_laccs_aux_sessad_diffusion.pdf

L'étude réalisée en 2012 par le CREAI PACA et Corse sur les "Pratiques territoriales des SESSAD en région PACA" avait fait émerger des difficultés de fonctionnement liées aux déplacements. Il apparaît donc important de réduire autant que faire se peut les distances géographiques entre les SESSAD et la famille des usagers, de proposer des restructurations de l'existant (sans fermeture de service) et d'optimiser les futures implantations de SESSAD. C'est l'objectif poursuivi par cette étude. (R.A.).

Branchet, B. et Weil, G. (2015). "Les disparités communales de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile." Journal de Gestion et d'Economie Médicales **33**(4-5): 253-275.

L'objet de cet article est l'étude des disparités au niveau des communes de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile. Les méthodes reposent sur l'analyse de la base exhaustive des bénéficiaires de l'APA à domicile (15 000 individus) d'un département de province de grande taille, enrichie de données démographiques, fiscales et d'équipement sur les communes. Dans un premier temps, les résultats mettent en évidence les disparités au niveau des communes de l'APA à domicile, tant en termes de prévalence que de dépense globale moyenne. Nous montrons alors que ce phénomène ne peut s'expliquer simplement mais est complexe et multidimensionnel. À l'aide de techniques d'analyse des données (ACP et CAH), nous faisons alors émerger les ressorts de ce phénomène avant de proposer une typologie des types de communes en matière d'APA à domicile. En conclusion, ces travaux montrent clairement les disparités communales de l'APA à domicile et dessinent une forme de spécialisation des communes. Se posent alors des interrogations pour savoir si cette spécialisation résulte d'un choix délibéré, est le résultat d'une histoire, voire le résultat d'un apprentissage générationnel et d'une migration choisie par les personnes âgées pour leur fin de vie.

Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie et Ministère des affaires sociales de la santé et des droits des femmes. (2015). Schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares 2014-2018. Paris, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Le 2ème schéma handicaps rares a été arrêté le 18 novembre 2015 par la ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes et la secrétaire d'État chargée des Personnes handicapées et de la Lutte contre l'exclusion. Prenant appui sur l'avancée des connaissances et des actions initiées dans le premier schéma 2009-2013, ce schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares 2014-2018 vise à renforcer et mieux accompagner les situations de handicap rare qui se caractérisent comme peu nombreuses (rareté des publics), très spécifiques (rareté des combinaisons de déficiences), particulièrement complexes et difficiles à repérer, à évaluer et à prendre en charge (rareté et complexité des techniques d'accompagnement).

CapRetraite (2015). La France face à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer. Analyse à l'échelle nationale et départementale. Paris Cap Retraite:
<http://www.capretraite.fr/observatoire-dependance/etude.pdf>

Aujourd'hui en France, plus de 500 000 personnes âgées sont diagnostiquées comme atteintes de la maladie d'Alzheimer. La maladie toucherait pourtant 1 million de personnes sur l'ensemble du territoire. Un nombre qui risque de doubler à l'horizon 2040 pour atteindre les 2 millions, d'après les chercheurs de l'Inserm. Cette étude livre une analyse à l'échelle nationale, régionale et départementale sur les questions suivantes : Le diagnostic des malades est-il équitable sur l'ensemble du territoire ? La prise en charge des malades résidant à domicile et en établissement est-elle suffisamment adaptée et évolutive ? Le dispositif de prise en charge des malades peut-il être encore amélioré ? L'étude apporte des pistes de réflexions pour conduire à une prise en charge équitable de chaque malade.

Castel-Tallet, M. A. et Villet, H. (2015). "Etat des lieux 2015 des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer." Lettre De La Fondation Médéric 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

Cerese, V. (2015). "Gestion de cas : une fonction récente dédiée aux personnes en situation complexe." LA REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE(566): 44-47.

La gestion de cas s'adresse aux personnes en situation complexe de plus de 60 ans. Quels sont les apports de cette fonction récente pour les personnes, leurs proches et les professionnels de l'aide et du soin ? (introd.).

Hardy-Bayle, M. C. (2015). Données de preuves en vue d'améliorer le parcours de soins et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous tendu par un trouble schizophrénique. Versailles Centre de Preuves en Psychiatrie et en Santé Mentale:

<http://www.adesm.fr/wp-content/uploads/2015/11/Rapport donnees preuves ameliorer parcours soins vie handicap psychique 201509.pdf>

Ce rapport met l'accent sur comment améliorer le parcours de soin et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous-tendu par un trouble schizophrénique. Selon le cahier des charges établi, il présente l'état de l'art sur la base de l'analyse des données de la littérature (établir un état de l'art hiérarchisé intégrant l'ensemble des données utiles à l'amélioration des pratiques), interpréter ces données à la lumière de la pertinence clinique, et confronte ces données à l'état réel des pratiques.

Ramos-Gorand, M. (2015). Accompagnement professionnel de la dépendance des personnes âgées : enjeux territoriaux en France métropolitaine, Université de Paris 12 Créteil. Créteil. FRA / com. **Thèse pour l'obtention du doctorat en géographie**

<https://www.archives-ouvertes.fr/tel-01289666/>

Dépendance des personnes âgées et devise républicaine : quelles articulations ? Cette thèse examine l'accompagnement professionnel de la dépendance, sujet d'intérêt public, au regard des principes républicains de liberté, d'égalité dont procède l'équité territoriale et de fraternité, dont découle la solidarité. La démarche géographique, innovante sur cet objet, analyse l'offre professionnelle en France métropolitaine de manière transversale, selon des méthodes quantitatives et qualitatives, et à plusieurs échelles territoriales. Il s'agit d'étudier la territorialisation de l'accompagnement des personnes âgées, c'est-à-dire son appréhension à partir de réalités spatiales et des processus afférents.

Rapegno, N. et Ravaud, J. F. (2015). "Disparités territoriales de l'équipement français en structures d'hébergement pour adultes handicapés et enjeux géopolitiques." L'espace Politique(26)

L'objet de cet article est d'objectiver les disparités territoriales d'équipement en structures d'hébergement pour adultes handicapés en France, des années 1970 à nos jours, d'étudier l'impact des politiques sociales sur leur évolution et ainsi d'appréhender les logiques territoriales propres à ce secteur. Une analyse quantitative du Fichier National des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) et d'enquêtes statistiques réalisées entre 1978 et 2010 permet de mesurer la répartition territoriale des établissements. Cette première analyse aide à comprendre les répercussions des politiques du handicap sur la répartition des établissements médico-sociaux, avec la progressive mise en place d'une régulation territoriale et la construction de la planification dans le champ médico-social de 1975 à 2010. Les résultats font apparaître une réduction des inégalités territoriales depuis la fin des années 1970 malgré un maintien de particularités locales, avec notamment un suréquipement dans les territoires ruraux (résumé de l'éditeur).

Skurnik-Hadjedj, L., Cabane, J. et Servadio, A. (2015). "Le défi du maintien à domicile des personnes âgées : l'AGEP, réseau pilote de gériatrie d'Ile-de-France." Médecine : De La Médecine Factice à Nos Pratiques **11**(3): 128-132.

L'évolution démographique actuelle est un défi à court terme pour le système de santé. Dans l'Est parisien, l'AGEP (Association de Gériatrie de l'Est Parisien), plateforme de coordination médico-psycho-sociale en direction des personnes âgées de plus de 75 ans, a pour but de répondre à ce défi. Elle met gratuitement à la disposition du public et des professionnels de santé un ensemble de services tendant à faciliter les soins et la prise en charge à domicile des personnes âgées du secteur (11e, 12e, 19e et 20e arrondissements de Paris ainsi que les

communes limitrophes de Vincennes, Saint-Mandé et Montreuil). Elle propose aux professionnels de santé, en plus d'une prise en charge coordonnée des patients, une formation médicale continue. Cet article présente ici une évaluation du travail de ce réseau, à la fois externe (évaluant la compliance du réseau par rapport au référentiel DGOS) et interne (évaluant la satisfaction des praticiens adhérents).

2014

Bloch, M. A., Henaut, L. et Havis, D. (2014). Coordination et parcours : la dynamique du monde 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.

Burgerolle, A., Lavallart, B. et Mouisset, C. (2014). "Prise en charge à domicile des patients atteints de la maladie d'Alzheimer." Actualité Et Dossier En Sante Publique(86): 5-8.

<http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=143>

[BDSP. Notice produite par EHESP 8R0xsA9I. Diffusion soumise à autorisation]. 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., Casteran, B. et Cavillon, M. (2014). "La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile." Etudes Et Résultats (Drees)(869)

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE qFR0x9mA. Diffusion soumise à autorisation]. 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., Lheritier, C., Padiou, C., 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 Editions de l'Odas

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., Bagaragaza, E., Herr, 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 Sante Publique 62(5): 315-322.

[BDSP. Notice produite par ORSRA 88sIDR0x. Diffusion soumise à autorisation]. 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. A 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).

Gand, S., Henaut, L. et Sardas, J. C. (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

certaines 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.

Imbert, G. c. (2014). Les personnes handicapées vieillissantes à domicile et leurs proches aidants Agirc/Arrco/FNG. Paris AGIRC-ARRCO

Le présent rapport présente les travaux réalisés dans le cadre d'une recherche appliquée relative au recensement des personnes handicapées vieillissantes et de leurs aidants familiaux, et à l'identification de leurs besoins, notamment en matière d'accès aux soins. Ces travaux ont pour ambition de combler l'absence, souvent constatée, de données quantitatives sur les personnes handicapées vieillissantes vivant à domicile, seules ou chez leur(s) parent(s), et de données sur la connaissance de leurs attentes. Dans cette perspective, le dénombrement de ces personnes handicapées vieillissantes et l'identification de leurs besoins devraient permettre aux fédérations Agirc et Arrco, aux institutions de retraite complémentaire des groupes de protection sociale, d'identifier les actions de prévention les plus pertinentes susceptibles d'améliorer l'état de santé et plus généralement le bien-être de ces personnes. Ce rapport est consacré à l'enquête : la genèse du projet, son contexte, ses objectifs, sa méthodologie et la présentation détaillée des résultats. L'enquête téléphonique a été réalisée par Test-LH2 auprès de 601 personnes âgées de 40 ans et plus en situation de handicap, quel qu'en soit le type (moteur, mental, psychique, sensoriel, polyhandicap...) vivant à domicile en Ile-de-France et en région Rhône-Alpes, et auprès de 400 proches aidants de ces personnes. L'échantillon des personnes interrogées a été constitué à partir des fichiers « retraite » des institutions de retraite complémentaire Agirc et Arrco. Ces travaux ont pour ambition d'identifier, parmi les ressortissants de l'Agirc et de l'Arrco, les caractéristiques d'un échantillon représentatif de personnes handicapées vieillissantes, leurs besoins notamment en matière d'accès aux soins, et les caractéristiques de leurs proches aidants.

Jaeger, M., Trouve, H. et Acef, S. (2014). "Services d'accompagnement et de soins : de la coopération à l'intégration." Vie Sociale(6)

Le développement en France des services à domicile aux personnes en situation de perte d'autonomie et de handicap a suivi depuis les années 1960 une structuration sectorielle (santé, santé publique et action sociale) et fonctionnelle (autour de la prévention, de l'intervention légale et de l'intervention extralégale). L'absence d'une structuration populationnelle engendre des phénomènes de fragmentation et de cloisonnements institutionnels, organisationnels et cliniques. Ceux-ci se déploient à partir d'au moins quatre lignes de force : entre les champs sanitaires, sociaux et médicosociaux ; entre les professionnels ambulatoires et hospitaliers ; entre les services de court séjour et les soins de

longues durée ; entre les organisations "publiques", "privées lucratives" et "privées non lucratives". Dans ce contexte, depuis une trentaine d'années, les thématiques de la coordination, de l'intégration des services et de la gestion de cas se trouvent au cœur des préoccupations des pouvoirs publics aux échelons national, régional, départemental et communal, des professionnels, ainsi que d'un nombre de chercheurs œuvrant dans les champs de la gérontologie et du handicap. Ceux-ci se sont réunis lors d'une journée d'études qui s'est déroulée au Conservatoire national des arts et métiers à Paris, le 4 avril 2013, avec le soutien de la CNSA, de l'EHESP (Ecole des hautes études en santé publique), de la Fondation Paul-Bennetot du groupe Matmut, de la Fondation nationale de gérontologie et de la Mission nationale d'appui à la santé mentale (ces deux organismes ont disparu aujourd'hui). Ce numéro présente les textes de cette journée d'études.

Lambert Barraquier, A. (2014). "Ingénieries collaboratives et coordination des parcours de personnes handicapées. Filières, réseaux et intégration de services, des modèles à l'épreuve des territoires." *Vie Sociale* 6(2): 75-103.

<https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2014-2-page-75.htm>

Cet article expose les résultats d'une étude menée par une équipe mutualiste angevine qui interroge la pertinence de l'implantation d'une fonction de gestion de cas dans le champ du handicap, et plus spécifiquement en destination des personnes cérébrolésées. Face aux enjeux et nouvelles considérations de la coordination de parcours, il s'agit de mesurer les conditions d'implantation d'une telle fonction dans la perspective d'une meilleure intégration des ressources et services. Les spécificités des personnes cérébrolésées s'ajusteraient au final à la structuration dite « d'intégration ». Cependant, la problématique de la coordination des cas complexes rencontre des territoires porteurs d'enjeux et d'histoires dont les acteurs se sont saisis différemment pour structurer des modèles à leur échelle et avec des conditions de collaboration qui leur sont propres. Les différents modèles observés se confrontent ainsi à leurs limites dans la gestion coordonnée et concertée des parcours. Ils disposent néanmoins d'atouts pouvant faciliter à terme l'intégration des services, à condition de soutenir des développements dans l'offre médicosociale majoritairement déficitaire pour cette population.

Le Deun, F. et Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (2014). Les situations critiques de handicap : des histoires de vie confrontées au regard institutionnel. **Master EHESP Situation de handicap et participation sociale SHPS**. Rennes : EHESP

La notion de "situation critique de handicap" est apparue suite à l'Affaire "Amélie" du nom d'une jeune fille polyhandicapée dont les parents, ayant atteint les limites de leurs capacités d'accompagnement à domicile, avaient saisi la Justice pour qu'une réponse adaptée soit proposée à leur fille. La Circulaire du 22 novembre 2013 instaure des dispositifs particuliers destinés à la prise en compte des situations similaires, reconnaissant ainsi l'insuffisance des divers programmes dont la réalisation est sensée éviter la survenue de ces situations qui mettent en cause la sécurité des personnes. De nombreuses études ont décrit les épreuves et les risques de rupture auxquelles sont confrontées les familles qui accompagnent un proche handicapé à domicile. Notre démarche, centrée sur la rencontre avec les membres de quatre familles qui vivent cette expérience au quotidien, est destinée à aller au-delà d'une simple connaissance juridique ou académique de ces situations. L'analyse des trajectoires et bifurcations qui jalonnent ces histoires de vie amène à constater que la survenue de crises est l'issue d'un enfermement familial. Les acteurs institutionnels, interrogés dans le cadre de focus-groups, reconnaissent le caractère préoccupant des quatre situations présentées et l'insuffisance de l'accompagnement proposé par les professionnels. Certains participants

expriment une forme de réprobation à l'égard des familles, insistant sur la responsabilité de celles-ci dans l'insuffisance des réponses institutionnelles. Dans un contexte où les ressources sont limitées, cette inversion des responsabilités s'analyse comme une classification destinée à répartir les capacités d'accompagnement selon une distinction qui exclut les personnes qui n'empruntent pas les "trajectoires programmées" ; les familles s'inscrivant concomitamment dans un processus de défiance vis-à-vis des institutions. La mise en place de dispositions dédiées aux "situations critiques" doit donc être accompagnée de modalités permettant d'objectiver le périmètre et la priorisation de ces situations. (R.A.).

ORS (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_dependance_institution_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. A 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.

Rapegno, N. (2014). Territorialiser le handicap. Faire dialoguer les disciplines en sciences humaines et sociales : Epistémologie et études de cas. Paris, L'Harmattan/INRP: 21-38.

Cette recherche portant sur les établissements et services médico-sociaux dans leurs enjeux territoriaux en France tente de comprendre les liens entre insertion territoriale des structures et territorialité des usagers. Elle se déroule à trois échelles de réflexion demandant des méthodologies particulières. A l'échelle nationale, une analyse historique est nécessaire pour comprendre les disparités territoriales en termes d'équipement médico-social. La consultation d'archives ministérielles, d'archives associatives et l'entretien avec d'anciens acteurs a permis d'appréhender la façon dont ces écarts territoriaux se sont formés ou du moins comment ils se sont maintenus. Aux échelles régionales et locales, des entretiens avec les directeurs de structures et les équipes éducatives ont permis de comprendre comment les structures s'insèrent sur le territoire, les partenariats établis avec d'autres acteurs territoriaux (associations de quartier, municipalités, services hospitaliers, etc.). L'étude des pratiques spatiales des usagers, de leurs parcours quotidiens s'est faite par de l'observation directe couplée à des entretiens. L'utilisation de méthodes traditionnellement utilisées en anthropologie et ethnologie a été indispensable. L'ensemble

de ces observations s'est traduit par des réalisations cartographiques mais aussi par des représentations statistiques, des photographies et des schémas. Le dialogue des auteurs, quelle que soit leur discipline d'origine, ainsi que l'utilisation de diverses méthodologies a enrichi mon travail de recherche. Le croisement des méthodes, la diversité des approches mobilisées a permis de mieux saisir la pluralité et la complexité des mécanismes en œuvre. L'ancrage disciplinaire en géographie de cette recherche demeure cependant fort car les questionnements sont basés sur les notions d'espaces et de territoires. (RA).

2013

ANAP (2013). Construire un parcours de santé pour les personnes âgées. Paris ANAP

Cette publication vise à présenter les grandes étapes de construction d'un parcours de santé pour les personnes âgées. Rédigée pour les Agences régionales de santé (ARS), organisatrices et pilotes des actions de santé sur les territoires, elle s'adresse également à tous les acteurs de terrain qu'ils soient principalement acteurs sanitaires, médico-sociaux ou sociaux. La constitution d'un parcours de santé nécessite en effet d'impliquer dans une même démarche les professionnels et l'ARS. Issu des retours d'expérience des accompagnements que l'ANAP a effectués auprès des ARS Pays de la Loire et Île-de-France depuis 2011, ce document est constitué de fiches thématiques. Chacune des six fiches constitue l'une des étapes de la construction d'un parcours de santé pour les personnes âgées et est composée de deux parties : d'une part le cadre conceptuel, rappelant les définitions et références liées à la thématique présentée, d'autre part les enseignements et illustrations. Ces fiches synthétiques ont donc pour ambition de répondre aux questions pratiques auxquelles sont confrontés les acteurs concernés et de les aider à appréhender aussi bien les principes que l'outillage opérationnel. (résumé de l'éditeur).

ANCREAI (2013). Les politiques territoriales en faveur des personnes âgées à travers les schémas départementaux et régionaux d'organisation médico-sociale. Paris ANCREAI

<http://ancreai.org/etudes/les-politiques-territoriales-en-faveur-des-personnes-agees>

Cette étude du réseau des CREAI 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.

Bauduret, J. F. et Gauthier, P. p. (2013). Institutions sociales et médico-sociales : de l'esprit des lois à la transformation des pratiques, Paris : Dunod

<http://www.dunod.com/sciences-sociales-humaines/action-sociale-et-medico-sociale/politiques-et-dispositifs/institutions-sociales-et-medico-so>

Depuis la loi du 2 janvier 2002, le flot des réformes n'a pas cessé, au point de modifier sensiblement la construction du dispositif et de susciter une évolution des rôles des acteurs comme des décideurs. Cet ouvrage fait le point sur les évolutions législatives et réglementaires et analyse les cohérences, comme les incohérences, de la nouvelle architecture juridique. Il retrace à travers son histoire et sa géographie, l'originalité du secteur social et médico-social en soulignant la force, la diversité et le dynamisme, mais aussi

les faiblesses : les fragmentations, cloisonnements et autres obstacles à la continuité des accompagnements et des parcours, les distorsions des politiques conduites dans la perte d'autonomie, ainsi qu'une décentralisation mal pensée, préjudiciable à la cohérence des actions déployées sur le terrain. L'auteur ouvre des perspectives, en traçant six voies d'amélioration sur les deux principaux versants de la qualité : la nature des interventions directement servies aux usagers et la structuration et l'organisation des dispositifs de l'offre sociale et médico-sociale (4e de couverture).

Bien, B., McKee, K. J., Dohner, H., et al. (2013). "Disabled older people's use of health and social care services and their unmet care needs in six European countries." *Eur J Public Health* **23**(6): 1032-1038.

BACKGROUND: The national health and social care systems in Europe remain poorly integrated with regard to the care needs of older persons. The present study examined the range of health and social care services used by older people and their unmet care needs, across six European countries. **METHODS:** Family carers of older people were recruited in six countries via a standard protocol. Those providing care for disabled older people (n = 2629) provided data on the older person's service use over a 6-month period, and their current unmet care needs. An inventory of 21 services common to all six countries was developed. Analyses considered the relationship between older people's service use and unmet care needs across countries. **RESULTS:** Older people in Greece, Italy and Poland used mostly health-oriented services, used fewer services overall and also demonstrated a higher level of unmet care needs when compared with the other countries. Older people in the United Kingdom, Germany and Sweden used a more balanced profile of socio-medical services. A negative relationship was found between the number of different services used and the number of different areas of unmet care needs across countries. **CONCLUSIONS:** Unmet care needs in older people are particularly high in European countries where social service use is low, and where there is a lack of balance in the use of health and social care services. An expansion of social care services in these countries might be the most effective strategy for reducing unmet needs in disabled older people.

Billaud, S., Gramain, A. et Weber, F. (2013). La prise en charge de la dépendance des personnes âgées à domicile : dimensions territoriales des politiques publiques. Paris MSSH
<https://www.cnsa.fr/la-prise-en-charge-de-la-dependance-des-personnes-agees-a-domicile-dimensions-territoriales-des-politiques-publiques>

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. En effet, tout d'abord, la politique départementale doit s'insérer dans un cadre légal spécifique, fixé au plan national : les allocations qui permettent de solvabiliser la demande (type Allocation personnalisée d'autonomie) et les procédures d'organisation de l'offre (procédure de conventionnement des établissements et services d'aide aux personnes dépendantes) sont ainsi fixées par la loi. Ensuite, les financements publics en direction des personnes dépendantes âgées relèvent essentiellement de la solidarité nationale et ont été fortement recentralisés par la création de la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) : la caisse décide en effet de l'affectation aux préfets et aux conseils généraux d'environ 10 milliard d'euros annuels soit plus de la moitié des dépenses versées par les pouvoirs publics aux personnes dépendantes. Enfin, les départements doivent tenir compte des compétences confiées par la loi à d'autres échelons des pouvoirs publics (Etat central déconcentré, régions, communes), ainsi qu'aux

organismes de sécurité sociale (article L121-1 du code de l'action sociale et des familles). D'aucun se plaignent que les conseils généraux seraient devenus de simples caisses, sur le modèle des caisses d'allocations familiales, tandis que d'autres s'inquiètent des disparités territoriales qui pourraient découler d'une organisation aussi décentralisée de l'action publique. Entre ces deux discours, ces deux inquiétudes, 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.

Bourgarel, S. et Piteau-Delord, M. (2013). "Les services d'accompagnement pour jeunes en situation de handicap : une géographie de l'offre." *Sante Publique* **25**(6): 785-792.

[BDSP. Notice produite par EHESP 7HorR0xr. Diffusion soumise à autorisation]. Cette étude analyse les logiques d'implantations des services à domicile pour enfants handicapés (SESSAD) dans un contexte de sous-équipement. Une enquête par questionnaire auprès de 75 services (82% des SESSAD de la région), portant sur les déplacements a été réalisée, ainsi qu'une cartographie des équipements et des déplacements. Les implantations de services pour enfants handicapés ont souvent été réalisées sur le site des internats qui ont contribué à leur création. Ces implantations sont parfois excentrées, loin des bassins de populations, générant ainsi des temps et des frais de déplacements évitables. Le sous-équipement chronique rend viables ces implantations, les services étant toujours pleins, malgré la distance qui les éloigne des familles qu'ils accompagnent. La cartographie dessine des aires de recrutement étendues et entremêlées entre services qui prennent en charge une clientèle semblable.

Haas, S., Vigneron, E., Causse, D., et al. (2013). Les services à domicile sanitaires, sociaux & médico-sociaux. Synthèse nationale. Paris, FEHAP

La FEHAP publie, en partenariat avec Emmanuel Vigneron, géographe de la santé, et Sandrine Haas, Directrice de la Nouvelle Fabrique des Territoires, une série de 26 guides régionaux sur les services à domicile. Ces guides visent à rendre toute leur visibilité aux services à domicile, qui se sont particulièrement développés ces 15 dernières années, et concernent les six grandes catégories de services à domicile sociaux, médico-sociaux ou sanitaires : - les SESSAD ou Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile - les SAMSAH et les SAVS ou Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés et Services d'Accompagnement à la Vie Sociale - les SSIAD, ou Services de Soins Infirmiers à Domicile - les SAP, ou Service à la Personne - la Dialyse à domicile et de proximité - l'HAD, ou l'Hospitalisation à Domicile. Ils présentent pour chacun des services, leurs missions, leurs modes de fonctionnement et compétences, les principaux textes qui en régissent l'activité, ainsi que les chiffres clefs les concernant dans la région. Ils éclairent les questions essentielles pour les opérateurs ou les décideurs : Où sont les besoins ? Sont-ils bien couverts ? Quelles sont les ressources pour y répondre mieux ? Ce premier fascicule présente une synthèse nationale des données locales et en tirent cinq enseignements majeurs.

Haas, S., Vigneron, E. et Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne Privés Non Lucratifs (2013). Les services à domicile sanitaires, sociaux & médico-sociaux. Alsace. Paris, FEHAP

La FEHAP publie, en partenariat avec Emmanuel Vigneron, géographe de la santé, et Sandrine Haas, Directrice de la Nouvelle Fabrique des Territoires, une série de 26 guides

régionaux sur les services à domicile. Ces guides visent à rendre toute leur visibilité aux services à domicile, qui se sont particulièrement développés ces 15 dernières années, et concernent les six grandes catégories de services à domicile sociaux, médico-sociaux ou sanitaires : - les SESSAD ou Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile - les SAMSAH et les SAVS ou Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés et Services d'Accompagnement à la Vie Sociale - les SSIAD, ou Services de Soins Infirmiers à Domicile - les SAP, ou Service à la Personne - la Dialyse à domicile et de proximité - l'HAD, ou l'Hospitalisation à Domicile. Ils présentent pour chacun des services, leurs missions, leurs modes de fonctionnement et compétences, les principaux textes qui en régissent l'activité, ainsi que les chiffres clefs les concernant dans la région. Ils éclairent les questions essentielles pour les opérateurs ou les décideurs : Où sont les besoins ? Sont-ils bien couverts ? Quelles sont les ressources pour y répondre mieux ?

Haas, S., Vigneron, E. et Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne Privés Non Lucratifs (2013). Les services à domicile sanitaires, sociaux & médico-sociaux. Aquitaine. Paris, FEHAP

La FEHAP publie, en partenariat avec Emmanuel Vigneron, géographe de la santé, et Sandrine Haas, Directrice de la Nouvelle Fabrique des Territoires, une série de 26 guides régionaux sur les services à domicile. Ces guides visent à rendre toute leur visibilité aux services à domicile, qui se sont particulièrement développés ces 15 dernières années, et concernent les six grandes catégories de services à domicile sociaux, médico-sociaux ou sanitaires : - les SESSAD ou Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile - les SAMSAH et les SAVS ou Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés et Services d'Accompagnement à la Vie Sociale - les SSIAD, ou Services de Soins Infirmiers à Domicile - les SAP, ou Service à la Personne - la Dialyse à domicile et de proximité - l'HAD, ou l'Hospitalisation à Domicile. Ils présentent pour chacun des services, leurs missions, leurs modes de fonctionnement et compétences, les principaux textes qui en régissent l'activité, ainsi que les chiffres clefs les concernant dans la région. Ils éclairent les questions essentielles pour les opérateurs ou les décideurs : Où sont les besoins ? Sont-ils bien couverts ? Quelles sont les ressources pour y répondre mieux ?

Haas, S., Vigneron, E. et Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne Privés Non Lucratifs. (2013). Les services à domicile sanitaires, sociaux & médico-sociaux. Auvergne. Paris, FEHAP

La FEHAP publie, en partenariat avec Emmanuel Vigneron, géographe de la santé, et Sandrine Haas, Directrice de la Nouvelle Fabrique des Territoires, une série de 26 guides régionaux sur les services à domicile. Ces guides visent à rendre toute leur visibilité aux services à domicile, qui se sont particulièrement développés ces 15 dernières années, et concernent les six grandes catégories de services à domicile sociaux, médico-sociaux ou sanitaires : - les SESSAD ou Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile - les SAMSAH et les SAVS ou Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés et Services d'Accompagnement à la Vie Sociale - les SSIAD, ou Services de Soins Infirmiers à Domicile - les SAP, ou Service à la Personne - la Dialyse à domicile et de proximité - l'HAD, ou l'Hospitalisation à Domicile. Ils présentent pour chacun des services, leurs missions, leurs modes de fonctionnement et compétences, les principaux textes qui en régissent l'activité, ainsi que les chiffres clefs les concernant dans la région. Ils éclairent les questions essentielles pour les opérateurs ou les décideurs : Où sont les besoins ? Sont-ils bien couverts ? Quelles sont les ressources pour y répondre mieux ?

Haas, S., Vigneron, E. et Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne Privés Non Lucratifs. (2013). Les services à domicile sanitaires, sociaux & médico-sociaux. Basse-Normandie. Paris, FEHAP

La FEHAP publie, en partenariat avec Emmanuel Vigneron, géographe de la santé, et Sandrine Haas, Directrice de la Nouvelle Fabrique des Territoires, une série de 26 guides régionaux sur les services à domicile. Ces guides visent à rendre toute leur visibilité aux services à domicile, qui se sont particulièrement développés ces 15 dernières années, et concernent les six grandes catégories de services à domicile sociaux, médico-sociaux ou sanitaires : - les SESSAD ou Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile - les SAMSAH et les SAVS ou Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés et Services d'Accompagnement à la Vie Sociale - les SSIAD, ou Services de Soins Infirmiers à Domicile - les SAP, ou Service à la Personne - la Dialyse à domicile et de proximité - l'HAD, ou l'Hospitalisation à Domicile. Ils présentent pour chacun des services, leurs missions, leurs modes de fonctionnement et compétences, les principaux textes qui en régissent l'activité, ainsi que les chiffres clefs les concernant dans la région. Ils éclairent les questions essentielles pour les opérateurs ou les décideurs : Où sont les besoins ? Sont-ils bien couverts ? Quelles sont les ressources pour y répondre mieux ?

Haas, S., Vigneron, E. et Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne Privés Non Lucratifs (2013). Les services à domicile sanitaires, sociaux & médico-sociaux. Bourgogne. Paris, FEHAP

La FEHAP publie, en partenariat avec Emmanuel Vigneron, géographe de la santé, et Sandrine Haas, Directrice de la Nouvelle Fabrique des Territoires, une série de 26 guides régionaux sur les services à domicile. Ces guides visent à rendre toute leur visibilité aux services à domicile, qui se sont particulièrement développés ces 15 dernières années, et concernent les six grandes catégories de services à domicile sociaux, médico-sociaux ou sanitaires : - les SESSAD ou Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile - les SAMSAH et les SAVS ou Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés et Services d'Accompagnement à la Vie Sociale - les SSIAD, ou Services de Soins Infirmiers à Domicile - les SAP, ou Service à la Personne - la Dialyse à domicile et de proximité - l'HAD, ou l'Hospitalisation à Domicile. Ils présentent pour chacun des services, leurs missions, leurs modes de fonctionnement et compétences, les principaux textes qui en régissent l'activité, ainsi que les chiffres clefs les concernant dans la région. Ils éclairent les questions essentielles pour les opérateurs ou les décideurs : Où sont les besoins ? Sont-ils bien couverts ? Quelles sont les ressources pour y répondre mieux ?

Haas, S., Vigneron, E. et Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne Privés Non Lucratifs. (2013). Les services à domicile sanitaires, sociaux & médico-sociaux. Bretagne. Paris, FEHAP

La FEHAP publie, en partenariat avec Emmanuel Vigneron, géographe de la santé, et Sandrine Haas, Directrice de la Nouvelle Fabrique des Territoires, une série de 26 guides régionaux sur les services à domicile. Ces guides visent à rendre toute leur visibilité aux services à domicile, qui se sont particulièrement développés ces 15 dernières années, et concernent les six grandes catégories de services à domicile sociaux, médico-sociaux ou sanitaires : - les SESSAD ou Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile - les SAMSAH et les SAVS ou Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés et Services d'Accompagnement à la Vie Sociale - les SSIAD, ou Services de Soins Infirmiers à Domicile - les SAP, ou Service à la Personne - la Dialyse à domicile et de proximité - l'HAD, ou

L'Hospitalisation à Domicile. Ils présentent pour chacun des services, leurs missions, leurs modes de fonctionnement et compétences, les principaux textes qui en régissent l'activité, ainsi que les chiffres clefs les concernant dans la région. Ils éclairent les questions essentielles pour les opérateurs ou les décideurs : Où sont les besoins ? Sont-ils bien couverts ? Quelles sont les ressources pour y répondre mieux ?

Haas, S., Vigneron, E. et Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne Privés Non Lucratifs. (2013). Les services à domicile sanitaires, sociaux & médico-sociaux. Centre. Paris, FEHAP

La FEHAP publie, en partenariat avec Emmanuel Vigneron, géographe de la santé, et Sandrine Haas, Directrice de la Nouvelle Fabrique des Territoires, une série de 26 guides régionaux sur les services à domicile. Ces guides visent à rendre toute leur visibilité aux services à domicile, qui se sont particulièrement développés ces 15 dernières années, et concernent les six grandes catégories de services à domicile sociaux, médico-sociaux ou sanitaires : - les SESSAD ou Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile - les SAMSAH et les SAVS ou Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés et Services d'Accompagnement à la Vie Sociale - les SSIAD, ou Services de Soins Infirmiers à Domicile - les SAP, ou Service à la Personne - la Dialyse à domicile et de proximité - l'HAD, ou l'Hospitalisation à Domicile. Ils présentent pour chacun des services, leurs missions, leurs modes de fonctionnement et compétences, les principaux textes qui en régissent l'activité, ainsi que les chiffres clefs les concernant dans la région. Ils éclairent les questions essentielles pour les opérateurs ou les décideurs : Où sont les besoins ? Sont-ils bien couverts ? Quelles sont les ressources pour y répondre mieux ?

Haas, S., Vigneron, E. et Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne Privés Non Lucratifs. Les services à domicile sanitaires, sociaux & médico-sociaux. Champagne-Ardenne. Paris, FEHAP

La FEHAP publie, en partenariat avec Emmanuel Vigneron, géographe de la santé, et Sandrine Haas, Directrice de la Nouvelle Fabrique des Territoires, une série de 26 guides régionaux sur les services à domicile. Ces guides visent à rendre toute leur visibilité aux services à domicile, qui se sont particulièrement développés ces 15 dernières années, et concernent les six grandes catégories de services à domicile sociaux, médico-sociaux ou sanitaires : - les SESSAD ou Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile - les SAMSAH et les SAVS ou Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés et Services d'Accompagnement à la Vie Sociale - les SSIAD, ou Services de Soins Infirmiers à Domicile - les SAP, ou Service à la Personne - la Dialyse à domicile et de proximité - l'HAD, ou l'Hospitalisation à Domicile. Ils présentent pour chacun des services, leurs missions, leurs modes de fonctionnement et compétences, les principaux textes qui en régissent l'activité, ainsi que les chiffres clefs les concernant dans la région. Ils éclairent les questions essentielles pour les opérateurs ou les décideurs : Où sont les besoins ? Sont-ils bien couverts ? Quelles sont les ressources pour y répondre mieux ?

Haas, S., Vigneron, E. et Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne Privés Non Lucratifs (2013). Les services à domicile sanitaires, sociaux & médico-sociaux. Corse. Paris, FEHAP

La FEHAP publie, en partenariat avec Emmanuel Vigneron, géographe de la santé, et Sandrine Haas, Directrice de la Nouvelle Fabrique des Territoires, une série de 26 guides régionaux sur les services à domicile. Ces guides visent à rendre toute leur visibilité aux

services à domicile, qui se sont particulièrement développés ces 15 dernières années, et concernent les six grandes catégories de services à domicile sociaux, médico-sociaux ou sanitaires : - les SESSAD ou Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile - les SAMSAH et les SAVS ou Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés et Services d'Accompagnement à la Vie Sociale - les SSIAD, ou Services de Soins Infirmiers à Domicile - les SAP, ou Service à la Personne - la Dialyse à domicile et de proximité - l'HAD, ou l'Hospitalisation à Domicile. Ils présentent pour chacun des services, leurs missions, leurs modes de fonctionnement et compétences, les principaux textes qui en régissent l'activité, ainsi que les chiffres clefs les concernant dans la région. Ils éclairent les questions essentielles pour les opérateurs ou les décideurs : Où sont les besoins ? Sont-ils bien couverts ? Quelles sont les ressources pour y répondre mieux ?

Haas, S., Vigneron, E. et Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne Privés Non Lucratifs. (2013). Les services à domicile sanitaires, sociaux & médico-sociaux. Franche-Comté. Paris, FEHAP

La FEHAP publie, en partenariat avec Emmanuel Vigneron, géographe de la santé, et Sandrine Haas, Directrice de la Nouvelle Fabrique des Territoires, une série de 26 guides régionaux sur les services à domicile. Ces guides visent à rendre toute leur visibilité aux services à domicile, qui se sont particulièrement développés ces 15 dernières années, et concernent les six grandes catégories de services à domicile sociaux, médico-sociaux ou sanitaires : - les SESSAD ou Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile - les SAMSAH et les SAVS ou Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés et Services d'Accompagnement à la Vie Sociale - les SSIAD, ou Services de Soins Infirmiers à Domicile - les SAP, ou Service à la Personne - la Dialyse à domicile et de proximité - l'HAD, ou l'Hospitalisation à Domicile. Ils présentent pour chacun des services, leurs missions, leurs modes de fonctionnement et compétences, les principaux textes qui en régissent l'activité, ainsi que les chiffres clefs les concernant dans la région. Ils éclairent les questions essentielles pour les opérateurs ou les décideurs : Où sont les besoins ? Sont-ils bien couverts ? Quelles sont les ressources pour y répondre mieux ?

Haas, S., Vigneron, E. et Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne Privés Non Lucratifs. (2013). Les services à domicile sanitaires, sociaux & médico-sociaux. Haute-Normandie. Paris, FEHAP

La FEHAP publie, en partenariat avec Emmanuel Vigneron, géographe de la santé, et Sandrine Haas, Directrice de la Nouvelle Fabrique des Territoires, une série de 26 guides régionaux sur les services à domicile. Ces guides visent à rendre toute leur visibilité aux services à domicile, qui se sont particulièrement développés ces 15 dernières années, et concernent les six grandes catégories de services à domicile sociaux, médico-sociaux ou sanitaires : - les SESSAD ou Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile - les SAMSAH et les SAVS ou Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés et Services d'Accompagnement à la Vie Sociale - les SSIAD, ou Services de Soins Infirmiers à Domicile - les SAP, ou Service à la Personne - la Dialyse à domicile et de proximité - l'HAD, ou l'Hospitalisation à Domicile. Ils présentent pour chacun des services, leurs missions, leurs modes de fonctionnement et compétences, les principaux textes qui en régissent l'activité, ainsi que les chiffres clefs les concernant dans la région. Ils éclairent les questions essentielles pour les opérateurs ou les décideurs : Où sont les besoins ? Sont-ils bien couverts ? Quelles sont les ressources pour y répondre mieux ?

Haas, S., Vigneron, E. et Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne Privés

Pôle documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

Page 352 sur 365

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-soutien-a-domicile-des-personnes-handicapees-et-dependantes.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-soutien-a-domicile-des-personnes-handicapees-et-dependantes.epub

Non Lucratifs. (2013). Les services à domicile sanitaires, sociaux & médico-sociaux. Ile-de-France. Paris, FEHAP

La FEHAP publie, en partenariat avec Emmanuel Vigneron, géographe de la santé, et Sandrine Haas, Directrice de la Nouvelle Fabrique des Territoires, une série de 26 guides régionaux sur les services à domicile. Ces guides visent à rendre toute leur visibilité aux services à domicile, qui se sont particulièrement développés ces 15 dernières années, et concernent les six grandes catégories de services à domicile sociaux, médico-sociaux ou sanitaires : - les SESSAD ou Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile - les SAMSAH et les SAVS ou Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés et Services d'Accompagnement à la Vie Sociale - les SSIAD, ou Services de Soins Infirmiers à Domicile - les SAP, ou Service à la Personne - la Dialyse à domicile et de proximité - l'HAD, ou l'Hospitalisation à Domicile. Ils présentent pour chacun des services, leurs missions, leurs modes de fonctionnement et compétences, les principaux textes qui en régissent l'activité, ainsi que les chiffres clefs les concernant dans la région. Ils éclairent les questions essentielles pour les opérateurs ou les décideurs : Où sont les besoins ? Sont-ils bien couverts ? Quelles sont les ressources pour y répondre mieux ?

Haas, S., Vigneron, E. et Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne Privés Non Lucratifs. (2013). Les services à domicile sanitaires, sociaux & médico-sociaux. La Réunion. Paris, FEHAP

La FEHAP publie, en partenariat avec Emmanuel Vigneron, géographe de la santé, et Sandrine Haas, Directrice de la Nouvelle Fabrique des Territoires, une série de 26 guides régionaux sur les services à domicile. Ces guides visent à rendre toute leur visibilité aux services à domicile, qui se sont particulièrement développés ces 15 dernières années, et concernent les six grandes catégories de services à domicile sociaux, médico-sociaux ou sanitaires : - les SESSAD ou Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile - les SAMSAH et les SAVS ou Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés et Services d'Accompagnement à la Vie Sociale - les SSIAD, ou Services de Soins Infirmiers à Domicile - les SAP, ou Service à la Personne - la Dialyse à domicile et de proximité - l'HAD, ou l'Hospitalisation à Domicile. Ils présentent pour chacun des services, leurs missions, leurs modes de fonctionnement et compétences, les principaux textes qui en régissent l'activité, ainsi que les chiffres clefs les concernant dans la région. Ils éclairent les questions essentielles pour les opérateurs ou les décideurs : Où sont les besoins ? Sont-ils bien couverts ? Quelles sont les ressources pour y répondre mieux ?

Haas, S., Vigneron, E. et Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne Privés Non Lucratifs (2013). Les services à domicile sanitaires, sociaux & médico-sociaux. Languedoc-Roussillon. Paris, FEHAP

La FEHAP publie, en partenariat avec Emmanuel Vigneron, géographe de la santé, et Sandrine Haas, Directrice de la Nouvelle Fabrique des Territoires, une série de 26 guides régionaux sur les services à domicile. Ces guides visent à rendre toute leur visibilité aux services à domicile, qui se sont particulièrement développés ces 15 dernières années, et concernent les six grandes catégories de services à domicile sociaux, médico-sociaux ou sanitaires : - les SESSAD ou Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile - les SAMSAH et les SAVS ou Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés et Services d'Accompagnement à la Vie Sociale - les SSIAD, ou Services de Soins Infirmiers à Domicile - les SAP, ou Service à la Personne - la Dialyse à domicile et de proximité - l'HAD, ou l'Hospitalisation à Domicile. Ils présentent pour chacun des services, leurs missions, leurs

modes de fonctionnement et compétences, les principaux textes qui en régissent l'activité, ainsi que les chiffres clefs les concernant dans la région. Ils éclairent les questions essentielles pour les opérateurs ou les décideurs : Où sont les besoins ? Sont-ils bien couverts ? Quelles sont les ressources pour y répondre mieux ?

Haas, S., Vigneron, E. et Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne Privés Non Lucratifs (2013). Les services à domicile sanitaires, sociaux & médico-sociaux. Lorraine. Paris, FEHAP

La FEHAP publie, en partenariat avec Emmanuel Vigneron, géographe de la santé, et Sandrine Haas, Directrice de la Nouvelle Fabrique des Territoires, une série de 26 guides régionaux sur les services à domicile. Ces guides visent à rendre toute leur visibilité aux services à domicile, qui se sont particulièrement développés ces 15 dernières années, et concernent les six grandes catégories de services à domicile sociaux, médico-sociaux ou sanitaires : - les SESSAD ou Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile - les SAMSAH et les SAVS ou Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés et Services d'Accompagnement à la Vie Sociale - les SSIAD, ou Services de Soins Infirmiers à Domicile - les SAP, ou Service à la Personne - la Dialyse à domicile et de proximité - l'HAD, ou l'Hospitalisation à Domicile. Ils présentent pour chacun des services, leurs missions, leurs modes de fonctionnement et compétences, les principaux textes qui en régissent l'activité, ainsi que les chiffres clefs les concernant dans la région. Ils éclairent les questions essentielles pour les opérateurs ou les décideurs : Où sont les besoins ? Sont-ils bien couverts ? Quelles sont les ressources pour y répondre mieux ?

Haas, S., Vigneron, E. et Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne Privés Non Lucratifs (2013). Les services à domicile sanitaires, sociaux & médico-sociaux. Midi-Pyrénées. Paris, FEHAP

La FEHAP publie, en partenariat avec Emmanuel Vigneron, géographe de la santé, et Sandrine Haas, Directrice de la Nouvelle Fabrique des Territoires, une série de 26 guides régionaux sur les services à domicile. Ces guides visent à rendre toute leur visibilité aux services à domicile, qui se sont particulièrement développés ces 15 dernières années, et concernent les six grandes catégories de services à domicile sociaux, médico-sociaux ou sanitaires : - les SESSAD ou Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile - les SAMSAH et les SAVS ou Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés et Services d'Accompagnement à la Vie Sociale - les SSIAD, ou Services de Soins Infirmiers à Domicile - les SAP, ou Service à la Personne - la Dialyse à domicile et de proximité - l'HAD, ou l'Hospitalisation à Domicile. Ils présentent pour chacun des services, leurs missions, leurs modes de fonctionnement et compétences, les principaux textes qui en régissent l'activité, ainsi que les chiffres clefs les concernant dans la région. Ils éclairent les questions essentielles pour les opérateurs ou les décideurs : Où sont les besoins ? Sont-ils bien couverts ? Quelles sont les ressources pour y répondre mieux ?

Haas, S., Vigneron, E. et Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne Privés Non Lucratifs (2013). Les services à domicile sanitaires, sociaux & médico-sociaux. Nord-Pas-de-Calais. Paris, FEHAP

La FEHAP publie, en partenariat avec Emmanuel Vigneron, géographe de la santé, et Sandrine Haas, Directrice de la Nouvelle Fabrique des Territoires, une série de 26 guides régionaux sur les services à domicile. Ces guides visent à rendre toute leur visibilité aux services à domicile, qui se sont particulièrement développés ces 15 dernières années, et

concernent les six grandes catégories de services à domicile sociaux, médico-sociaux ou sanitaires : - les SESSAD ou Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile - les SAMSAH et les SAVS ou Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés et Services d'Accompagnement à la Vie Sociale - les SSIAD, ou Services de Soins Infirmiers à Domicile - les SAP, ou Service à la Personne - la Dialyse à domicile et de proximité - l'HAD, ou l'Hospitalisation à Domicile. Ils présentent pour chacun des services, leurs missions, leurs modes de fonctionnement et compétences, les principaux textes qui en régissent l'activité, ainsi que les chiffres clefs les concernant dans la région. Ils éclairent les questions essentielles pour les opérateurs ou les décideurs : Où sont les besoins ? Sont-ils bien couverts ? Quelles sont les ressources pour y répondre mieux ?

Haas, S., Vigneron, E. et Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne Privés Non Lucratifs (2013). Les services à domicile sanitaires, sociaux & médico-sociaux. Pays de la Loire. Paris, FEHAP

La FEHAP publie, en partenariat avec Emmanuel Vigneron, géographe de la santé, et Sandrine Haas, Directrice de la Nouvelle Fabrique des Territoires, une série de 26 guides régionaux sur les services à domicile. Ces guides visent à rendre toute leur visibilité aux services à domicile, qui se sont particulièrement développés ces 15 dernières années, et concernent les six grandes catégories de services à domicile sociaux, médico-sociaux ou sanitaires : - les SESSAD ou Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile - les SAMSAH et les SAVS ou Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés et Services d'Accompagnement à la Vie Sociale - les SSIAD, ou Services de Soins Infirmiers à Domicile - les SAP, ou Service à la Personne - la Dialyse à domicile et de proximité - l'HAD, ou l'Hospitalisation à Domicile. Ils présentent pour chacun des services, leurs missions, leurs modes de fonctionnement et compétences, les principaux textes qui en régissent l'activité, ainsi que les chiffres clefs les concernant dans la région. Ils éclairent les questions essentielles pour les opérateurs ou les décideurs : Où sont les besoins ? Sont-ils bien couverts ? Quelles sont les ressources pour y répondre mieux ?

Haas, S., Vigneron, E. et Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne Privés Non Lucratifs (2013). Les services à domicile sanitaires, sociaux & médico-sociaux. Picardie. Paris, FEHAP

La FEHAP publie, en partenariat avec Emmanuel Vigneron, géographe de la santé, et Sandrine Haas, Directrice de la Nouvelle Fabrique des Territoires, une série de 26 guides régionaux sur les services à domicile. Ces guides visent à rendre toute leur visibilité aux services à domicile, qui se sont particulièrement développés ces 15 dernières années, et concernent les six grandes catégories de services à domicile sociaux, médico-sociaux ou sanitaires : - les SESSAD ou Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile - les SAMSAH et les SAVS ou Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés et Services d'Accompagnement à la Vie Sociale - les SSIAD, ou Services de Soins Infirmiers à Domicile - les SAP, ou Service à la Personne - la Dialyse à domicile et de proximité - l'HAD, ou l'Hospitalisation à Domicile. Ils présentent pour chacun des services, leurs missions, leurs modes de fonctionnement et compétences, les principaux textes qui en régissent l'activité, ainsi que les chiffres clefs les concernant dans la région. Ils éclairent les questions essentielles pour les opérateurs ou les décideurs : Où sont les besoins ? Sont-ils bien couverts ? Quelles sont les ressources pour y répondre mieux ?

Haas, S., Vigneron, E. et Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne Privés Non Lucratifs (2013). Les services à domicile sanitaires, sociaux & médico-sociaux. Poitou-

Charentes. Paris, FEHAP

La FEHAP publie, en partenariat avec Emmanuel Vigneron, géographe de la santé, et Sandrine Haas, Directrice de la Nouvelle Fabrique des Territoires, une série de 26 guides régionaux sur les services à domicile. Ces guides visent à rendre toute leur visibilité aux services à domicile, qui se sont particulièrement développés ces 15 dernières années, et concernent les six grandes catégories de services à domicile sociaux, médico-sociaux ou sanitaires : - les SESSAD ou Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile - les SAMSAH et les SAVS ou Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés et Services d'Accompagnement à la Vie Sociale - les SSIAD, ou Services de Soins Infirmiers à Domicile - les SAP, ou Service à la Personne - la Dialyse à domicile et de proximité - l'HAD, ou l'Hospitalisation à Domicile. Ils présentent pour chacun des services, leurs missions, leurs modes de fonctionnement et compétences, les principaux textes qui en régissent l'activité, ainsi que les chiffres clefs les concernant dans la région. Ils éclairent les questions essentielles pour les opérateurs ou les décideurs : Où sont les besoins ? Sont-ils bien couverts ? Quelles sont les ressources pour y répondre mieux ?

Haas, S., Vigneron, E. et Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne Privés Non Lucratifs (2013). Les services à domicile sanitaires, sociaux & médico-sociaux. Provence Alpes Côte d'Azur. Paris, FEHAP

La FEHAP publie, en partenariat avec Emmanuel Vigneron, géographe de la santé, et Sandrine Haas, Directrice de la Nouvelle Fabrique des Territoires, une série de 26 guides régionaux sur les services à domicile. Ces guides visent à rendre toute leur visibilité aux services à domicile, qui se sont particulièrement développés ces 15 dernières années, et concernent les six grandes catégories de services à domicile sociaux, médico-sociaux ou sanitaires : - les SESSAD ou Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile - les SAMSAH et les SAVS ou Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés et Services d'Accompagnement à la Vie Sociale - les SSIAD, ou Services de Soins Infirmiers à Domicile - les SAP, ou Service à la Personne - la Dialyse à domicile et de proximité - l'HAD, ou l'Hospitalisation à Domicile. Ils présentent pour chacun des services, leurs missions, leurs modes de fonctionnement et compétences, les principaux textes qui en régissent l'activité, ainsi que les chiffres clefs les concernant dans la région. Ils éclairent les questions essentielles pour les opérateurs ou les décideurs : Où sont les besoins ? Sont-ils bien couverts ? Quelles sont les ressources pour y répondre mieux ?

Haas, S., Vigneron, E. et Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne Privés Non Lucratifs (2013). Les services à domicile sanitaires, sociaux & médico-sociaux. Rhône-Alpes. Paris, FEHAP

La FEHAP publie, en partenariat avec Emmanuel Vigneron, géographe de la santé, et Sandrine Haas, Directrice de la Nouvelle Fabrique des Territoires, une série de 26 guides régionaux sur les services à domicile. Ces guides visent à rendre toute leur visibilité aux services à domicile, qui se sont particulièrement développés ces 15 dernières années, et concernent les six grandes catégories de services à domicile sociaux, médico-sociaux ou sanitaires : - les SESSAD ou Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile - les SAMSAH et les SAVS ou Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés et Services d'Accompagnement à la Vie Sociale - les SSIAD, ou Services de Soins Infirmiers à Domicile - les SAP, ou Service à la Personne - la Dialyse à domicile et de proximité - l'HAD, ou l'Hospitalisation à Domicile. Ils présentent pour chacun des services, leurs missions, leurs modes de fonctionnement et compétences, les principaux textes qui en régissent l'activité,

ainsi que les chiffres clefs les concernant dans la région. Ils éclairent les questions essentielles pour les opérateurs ou les décideurs : Où sont les besoins ? Sont-ils bien couverts ? Quelles sont les ressources pour y répondre mieux ?

Terral, D., Bonetti, M. et Charin, M. (2013). Accompagner la personne handicapée à domicile. Du Sessad au Samsah. Paris, Dunod

Longtemps considéré comme l'alternative à un accueil permanent et collectif, puis comme le premier palier d'une "prise en charge", le SESSAD (service d'éducation spécialisée et de soins à domicile) constitue désormais une réponse à part entière dans l'accompagnement des enfants et adolescents handicapés. L'individualisation de l'intervention, la souplesse de son adaptation à l'évolution des besoins, le maintien de l'enfant au sein de son environnement et de son groupe familial, la continuité du parcours ont contribué à son développement important depuis quelques années (1982 : 4 953 places - 2011 : 40 408 places). Cet ouvrage revient sur l'histoire, la philosophie et le fonctionnement des SESSAD. Il s'interroge également sur les nouvelles configurations des dispositifs médico-sociaux et sur la place de l'intervention de proximité. Il anticipe enfin sur "le SESSAD de demain" et les changements de pratiques/structures à venir.

2012

ANAP (2012). Les parcours de santé des personnes âgées sur un territoire. Réaliser un diagnostic et définir une feuille de route pour un territoire. Paris ANAP

Cette publication repose sur le retour d'expériences du projet piloté par l'Anap et mené tout au long du premier semestre 2011 avec trois ARS : Île-de-France, Languedoc-Roussillon et Pays de la Loire. Aux côtés des équipes ARS et sur des territoires aux périmètres limités aux principaux acteurs du parcours de santé de la personne âgée amenés à se connaître et à travailler ensemble, ce projet a mobilisé : représentants des usagers, établissements et services de santé, médico-sociaux, professionnels du secteur ambulatoire, centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et réseaux de santé, représentants de l'Assurance maladie et des collectivités territoriales. Toutes les grandes étapes du projet sont décrites : analyse populationnelle et cartographie de l'offre de santé, analyse des parcours, définition des parcours appropriés et formalisation d'un plan d'actions d'amélioration pour le territoire.

Bagaragaza, E., Ankri, J., Pomey, M. P., 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

[BDSP. Notice produite par FNG o9kR0xBp. Diffusion soumise à autorisation]. 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.).

Couturier, Y., Salles, M. et Belzile, L. (2012). "Contribution des proches aidants à la coordination des services destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie." *Vie Sociale* 4(4): 63-80.
<https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2012-4-page-63.htm>

Pour les situations cliniques complexes, comme c'est le cas pour les personnes âgées en perte d'autonomie, le principe général d'une meilleure coordination des services est actuellement promu par de nombreuses organisations internationales dans le domaine de la santé et des services sociaux. Sa mise en œuvre progressive sollicite les proches aidants des personnes âgées en perte d'autonomie de façon nouvelle. Le présent article expose les fondements de ce principe et explore les effets de sa mise en œuvre sur la contribution même des proches aidants à l'organisation des services. Les proches aidants sont au centre de cette organisation, mais selon quatre statuts fort différents : celui d'aidant-ressource, celui de co-usager, celui d'aidant inadéquat et celui d'aidant-revendicateur.

Fiacre, P., Peintre, C., Bouquet-Sos, C., et al. (2012). *Enquête sur les enfants dits "sans solution" à domicile : synthèse régionale*. Paris, CEDIAS

L'étude repose sur une enquête auprès des huit Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) d'Ile-de-France. Un questionnaire individuel, anonyme, a été rempli pour chaque jeune de moins de 20 ans identifié comme entrant dans les critères de l'étude. Les données recueillies ont été traitées par le CEDIAS-CREAH Ile-de-France. Un rapport a été réalisé pour chaque département et les résultats discutés avec les équipes des MDPH. Ce présent rapport propose une synthèse des éléments recueillis dans les huit départements. Les rapports pour chaque département offrent une description détaillée des situations actuelles, des parcours et des raisons des difficultés à trouver une solution. Dans l'objectif de définir plus finement les besoins par département, il est indispensable de s'y référer. (RA).

Renaut, S. (2012). "Les apports de l'enquête Handicap Santé." *Gérontologie Et Société*: 55-74

[BDSP. Notice produite par FNG HR0xso9C. Diffusion soumise à autorisation]. Dans une approche universaliste, l'enquête Handicap-Santé menée par l'Insee et la Drees en 2008, en population générale et sans restriction d'âge, est mobilisée pour approfondir les comportements individuels. Les limites fonctionnelles, plus fréquentes avec l'âge, n'en sont pas moins présentes très tôt dans le cycle de vie. L'inventaire des dispositifs de soutien montre que les aides techniques se rapprochent des aides humaines (celles des proches et professionnels) qui sont toujours les plus répandues à tous les âges, tandis que les interventions pour l'adaptation du logement sont moins courantes. (R.A.).

Soulier, N. (2012). "L'aide humaine auprès des adultes à domicile : l'implication des proches et des professionnels." *Etudes Et Résultats (Drees)*(827)

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 8GnJGR0x. Diffusion soumise à autorisation]. 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.

Vachey, L., Varnier, F., Jeannet, A., et al. (2012). *Établissements et services pour personnes handicapées : offre et besoins, modalités de financement*. Paris, IGAS

Les ministres en charge du budget et de la solidarité ont confié à l'inspection générale des affaires sociales et à l'inspection générale des finances une mission portant sur les établissements et services pour personnes handicapées, plus particulièrement sous l'angle de deux thèmes : l'adaptation de l'offre aux besoins des personnes d'une part, les voies et moyens pour entreprendre une réforme du financement du secteur d'autre part. Le rapport revient sur le contexte dans lequel s'inscrit cette mission, marqué par de profondes réformes en faveur des personnes handicapées au cours des dix dernières années : loi du 2 janvier 2002 qui, tout en redéfinissant les relations entre les établissements et les pouvoirs publics, a renforcé le droit des personnes accueillies ; loi du 11 février 2005 pour l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées qui a modifié la vision de la place des personnes en situation de handicap dans la société ; mesures visant à augmenter la capacité d'accueil des personnes handicapées dans le cadre du "programme pluriannuel de création des places en établissements et services pour un accompagnement adapté du handicap tout au long de la vie 2008 - 2012". Le rapport propose une série de mesures, notamment la création d'un outil partagé d'évaluation des lourdeurs des prises en charge afin de mieux adapter l'offre aux besoins des personnes, ainsi que des propositions de méthode pour conduire une réforme du financement des établissements et services. (RA).

Viriot-Durandal, J. P. Pihet, C. et Chapon, P. M. (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 sensées 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).

2011

Agence Nationale de L'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux. . Saint-Denis, F. R. A. (2011). *L'accompagnement des jeunes en situation de handicap par les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad)*. Saint-Denis, ANESM

Cette recommandation concerne l'ensemble des services d'accompagnement (Sessad, Safep,

Ssefis, Saaïs, Ssad), quelle que soit leur spécialisation par type de handicap et/ou par âge et qu'ils soient autonomes ou non. Son objectif est de mettre en évidence des conditions qui facilitent et étayent la socialisation, la formation et la scolarisation des jeunes handicapés. Ces points de repère se situent à différents niveaux : - les actions des Sessad auprès du jeune handicapé, dès le plus jeune âge jusqu'à l'âge adulte, et avec ses parents ; - les actions en direction des environnements du jeune ; - l'organisation interne et les relations partenariales du Sessad. Cette recommandation est complémentaire des recommandations de bonnes pratiques professionnelles "Les attentes de la personne et le projet personnalisé" et "Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service". Centrée sur la mission d'accompagnement de la socialisation et de la scolarisation des jeunes handicapés, cette recommandation ne porte pas sur l'ensemble des missions des Sessad. (RA).

Bouquet-Sos, C., Peintre, C. et Barreyre, J.-Y. (2011). "Disparités des équipements pour enfants handicapés et "flux migratoires" en France métropolitaine." Dossiers Solidarité Et Santé (Drees) **20**(20): 5-20.

<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/article201120.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE nsG9R0xo. Diffusion soumise à autorisation]. La première étude montre que le taux d'équipement global diffère selon les départements et les régions, des territoires se spécialisent dans la prise en charge de certains handicaps et se démarquent par leur caractère plus attractif, expliquant en partie les flux migratoires. Outre les différences en termes de taux d'équipement ou la spécialisation des territoires dans certains équipements, des facteurs historiques ou géopolitiques peuvent expliquer ces disparités géographiques de l'offre médico-sociale.

Fouquet, A., Tregat, J. J. et Sitruck, P. (2011). L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge. Rapport Igas ; RM2011-064P. Paris Igas

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/114000408/0000.pdf>

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. A 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 réglementaire, 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.

Ghadi, V., Vedel, I. et Routelous, C. (2011). "Rôle d'interface d'un réseau gérontologique entre les acteurs du sanitaire et du maintien à domicile." Santé Publique **23**(4): 317-328.

L'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes impose la réorganisation de la prise en charge par des réseaux sanitaires et médico-sociaux, pour leur permettre de rester à domicile, évitant les hospitalisations et les passages aux urgences. L'objectif de cette étude

est d'étudier le vécu des professionnels concernant l'articulation entre les professionnels, les services sanitaires et médico-sociaux et l'impact d'un réseau gérontologique. Cette étude qualitative a été réalisée au sein d'un réseau gérontologique et ses partenaires de proximité, à partir de trois sources de données : la documentation concernant le réseau ; des interviews auprès de 40 professionnels ; l'observation de réunions. Une analyse thématique qualitative a été réalisée. L'analyse met à jour trois caractéristiques : le rôle central du médecin généraliste qui demeure responsable de la trajectoire de soins de la personne ; la pertinence de l'intervention des gériatres sur les situations de dépendances sévères et sur l'évaluation des besoins du patient ; l'interface entre l'hôpital, les médecins généralistes et les professionnels du maintien à domicile. Cependant, deux zones de fragilité émergent ; la relation entre le gestionnaire de cas et les médecins généralistes s'apparente à une délégation du maintien à domicile et produit peu d'impact sur les pratiques et les relations entre acteurs. La collaboration avec le gériatre reste ponctuelle avec les médecins généralistes, ce qui réduit les possibilités de transfert de compétences. (R.A.).

Ratte, E. et Imbaud, D. (2011). Accueil et accompagnement des personnes en perte d'autonomie : rapport du Groupe 3. Paris Ministère chargé de la santé

http://www.solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_G2_DEF.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 de l'organisation de la prise en charge des personnes âgées à domicile ou en institution.

Soulier, N. et Weber, A. (2011). "L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile." *Etudes Et Résultats (Drees)*(771)

<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er771.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 7q89R0xF. Diffusion soumise à autorisation]. 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

Azema, B., Clerget, F. et Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptée (2010). Rapport d'étude sur le parcours de soins des personnes avec handicap psychique. Synthèse des travaux conduits par le CREAI Languedoc-Roussillon à la demande de l'ARH/ARS. Montpellier, Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées Languedoc-Roussillon

L'ARH puis la Direction du Pôle Stratégique de l'ARS, a missionné le CREA LR pour conduire des travaux de concertation ayant pour objet la proposition d'indicateurs de santé pertinents permettant de rendre compte de l'accès aux soins des personnes présentant des besoins de santé mentale, de leur parcours de vie et de la question des aidants. Ces travaux ont été conduits de manière largement participative durant les mois d'avril à juin 2010 dans le département des Pyrénées Orientales qui a été retenue comme territoire de santé d'étude. Les premiers résultats ont fait l'objet d'une présentation orale au pôle stratégique de l'ARS le 7 juillet 2010. Le présent rapport constitue un état des élaborations conduites dans les groupes de travail. Il est complété de quelques éléments de la littérature sur les thématiques qui ont pu être abordées au fil des débats et des fiches actions proposées par une vingtaine d'experts appartenant au groupe régional opérationnel "Handicap psychique et médicosocial".

Balard, F. (2010). "Quels territoires pour les personnes âgées fragiles ?" Gérontologie Et Société(132): 177-186.

[BDSP. Notice produite par FNG m7kBR0x7. Diffusion soumise à autorisation]. Les entretiens menés avec des personnes âgées fragiles montrent que celles-ci intègrent une représentation du territoire dans leurs modes de vie et logiques d'action qui leur est propre. L'avancée en âge va de pair avec une restriction de la mobilité qui concourt à la survalorisation de certains lieux à commencer par le "chez soi". L'ailleurs, l'extérieur deviennent chaque jour un peu moins familiers, un peu moins intégrés dans les habitudes corporelles. Confrontées à leur fragilité sociale, culturelle et identitaire, les personnes âgées se construisent un univers dont les fondements sont les habitudes de vie et certaines formes de ritualisation et des croyances qui les rassurent et concourent à leur empowerment. La mise en place d'un dispositif structurant de l'offre gérontologique aussi rationalisé soit-il comporte le risque de ne pas faire sens pour les usagers âgés et ainsi d'être ignoré voire rejeté s'il est vécu comme un obstacle à la satisfaction de leurs besoins. (extrait R.A.).

Barbe, C. (2010). "Comment soutenir efficacement les aidants familiaux de personnes âgées dépendantes ?" Note De Veille (La)(187)

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.

Mus, M. (2010). Populations déficientes, territoires en mutation : de nouvelles dynamiques spatiales ?, Université du Havre.

<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00618024>

L'accessibilité des territoires aux populations atteintes de déficiences est un objectif désormais affiché des politiques publiques les concernant. Centrées pendant longtemps autour du corps, les conceptions du handicap ont évolué de considérations strictement médicales (réadaptations) à une démarche sociale (Etat-providence) puis vers l'émergence du rôle de l'environnement dans la production des situations de handicaps. Les lois mises en place depuis 1975 en France sont porteuses de nouvelles pratiques urbaines axées sur l'accessibilité en particulier dans la conception des espaces et bâtiments publics. Cette pratique innovante est confrontée à une réalité de terrain : un espace urbain normé, historiquement conçu autour d'un corps standard. La multiplicité des acteurs intervenant sur le territoire fragmente l'espace en créant une multitude de ruptures et de discontinuités dans la chaîne d'accessibilité. Face à ce constat, la loi de 2005 impose aux collectivités territoriales le défi obligatoire pour 2015 de la mise en conformité du patrimoine public en réalisant des diagnostics d'accessibilité et les aménagements nécessaires aux besoins et aux usages des populations déficientes. L'apport du géographe dans l'identification des discontinuités spatiales peut-elle être le point de départ d'une dynamique spatiale vecteur de développement économique et de lien social ? L'espace est appréhendé dans une double dimension en explorant le champ des actions et celui des pratiques des différents acteurs territoriaux. Cette lecture permet d'aborder les enjeux sociaux en dévoilant le processus relationnel que les acteurs nouent avec l'espace dans le partage de celui-ci entre les hommes. note : **Voir chapitre 4.2 Entre distance et proximité : les structures d'accueil spécialisé"**

Ollivier, R., Paul, S., Jacquin, E., et al. (2010). Rapport relatif à l'évaluation des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) : rapport définitif. Paris, IGAS
<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article118>

Cette mission d'évaluation des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) est la seconde réalisée par l'IGAS depuis la mise en place de ce dispositif par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), en 2006.

Innovations

2018

Boultif, S. (2018). "Isereadom teste le bien vieillir à domicile." La Gazette Sante Social(149): 43-45.

Lancé à titre expérimental le 15 novembre 2017, Isereadom est une plateforme de services visant à aider au maintien à domicile des personnes âgées pour reculer le plus possible l'entrée en dépendance. Ce projet, mené par le conseil départemental de l'Isère, est le fruit d'une collaboration entre le public et le privé, pour apporter des réponses innovantes et imaginer un modèle économique pérenne. (R.A.).

Ricard, M. (2018). "Personnes handicapées : le RAPT a échoué." ACTUALITES SOCIALES HEBDOMADAIRES(3073): 6-9.

La "Réponse accompagnée pour tous" (RAPT) fait-elle partie de ces décisions relevant de la communication politique ? L'idée est d'apporter à chaque personne handicapée une réponse

individualisée, répondant à la spécificité de son problème. Ce concept généreux a été lancé en 2015 et devait être généralisé au 1er janvier 2018. Mais il semble que l'objectif est loin d'être atteint. Plusieurs dizaines de milliers de personnes sont en quête de solutions adaptées. Dès lors, plusieurs questions se posent. Cette réforme a-t-elle été lancée sans réflexion sur la capacité de l'Etat à la mettre en œuvre ? Les priorités auraient-elles changées ? En attendant pour les personnes handicapées, la seule possibilité est de se tourner vers les associations qui tentent de suppléer les insuffisances ou les incohérences de l'Etat. A l'image de la halte-garderie "La passerelle du sourire" à Meyzieu dans la banlieue lyonnaise qui propose un dispositif innovant pour les parents laissés sans solution.

201

Bonnet-Mundschau, L. (2017). "M@do, la maison de retraite à domicile." Travail Social Actualités(81): 28-29.

A Tulle et ses environs, le dispositif m@do, porté par la Fondation Partage et Vie, accompagne de façon évolutive et personnalisée des personnes âgées et/ou en situation de handicap souhaitant demeurer chez elles. Dispositif hybride entre EHPAD et organisme d'aide à domicile fonctionnant sur un cadre financier innovant, m@do décloisonne le médico-social et le sanitaire.

2016

Eneis Conseil et Agence régionale de santé des Pays de la Loire (2016). Évaluation des plateformes de services : dispositif expérimental ARS Pays de la Loire : évaluation du projet régional de santé des Pays de la Loire 2012-2016 : rapport final: 33p.

Les plateformes de services (PFS) ont pour objectif de mieux fédérer les services existants autour de la personne âgée en perte d'autonomie à domicile à l'échelle des territoires de proximité. Dans le cadre du Schéma régional de l'organisation médico-sociale des Pays de la Loire, et en référence aux prototypes préconisées par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, l'Agence régionale de santé des Pays de la Loire a proposé la création de plateformes de services. Elles sont désormais au nombre de 10 dans la région. La présente évaluation vise à mesurer si le déploiement actuel des PFS constitue une réponse efficace et pertinente au besoin de fluidification des parcours des personnes en perte d'autonomie et d'optimisation du fonctionnement de l'offre.

Marty, M. (2016). "Des traumatisés crâniens en habitat partagé : une nouvelle vie en colocation." ACTUALITES SOCIALES HEBDOMADAIRES(2987): 28-32.

Depuis 2011, l'Association des familles des traumatisés crâniens et cérébrolésés d'Alsace propose aux malades des logements en colocation. Des travailleurs sociaux, des soignants et des assistants de vie sociale les accompagnent dans leur vie quotidienne et leurs projets. (R.A.).

2015

Al Rubaee, M. (2015). "La vie en colocation d'adultes cérébrolésés." DIRECTIONS - MENSUEL DES

Pôle documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

Page 364 sur 365

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-soutien-a-domicile-des-personnes-handicapees-et-dependantes.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-soutien-a-domicile-des-personnes-handicapees-et-dependantes.epub

DIRECTEURS DU SECTEUR SANITAIRE ET SOCIAL(131): 16-18.

Bordeaux. Permettre à des personnes traumatisées crâniennes de vivre chez elles, de se réinsérer tout en bénéficiant de l'accompagnement professionnel nécessaire : c'est le concept des maisons familiales. Qui mise sur la mutualisation des prestations entre usagers et des partenariats serrés entre les acteurs sociaux et médico-sociaux. (introd.).

2013

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.

[BDSP. Notice produite par FNG oR0x7mAm. Diffusion soumise à autorisation]. 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.).

➤ **Voir aussi dans la partie : Prise en charge**