

# Le financement de la dépendance des personnes âgées en France

Bibliographie thématique

Mise à jour : Février 2022

Centre de documentation de l'Irdes

Synthèses & Bibliographies

Véronique Suhard

Reproduction sur d'autres sites interdite mais lien vers le document accepté  
[www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html](http://www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html)

## Sommaire

<b>Introduction : données de cadrage sur les personnes âgées dépendantes .....</b>	<b>3</b>
<b>Historique .....</b>	<b>4</b>
<b>1-AVANT 1960 .....</b>	<b>4</b>
<b>2-1960-1970 .....</b>	<b>4</b>
<b>3-ANNEES 80 .....</b>	<b>4</b>
<b>4-ANNEES 1990 .....</b>	<b>5</b>
<b>5-ANNEES 2000 A AUJOURD’HUI .....</b>	<b>6</b>
<b>Eléments de bibliographie .....</b>	<b>9</b>
<b>EN FRANCE .....</b>	<b>9</b>
<i>Rapports institutionnels .....</i>	<i>9</i>
<i>Rapports divers, ouvrages .....</i>	<i>32</i>
<i>Articles, fascicules .....</i>	<i>50</i>
<b>ETUDES COMPARATIVES INTERNATIONALES, À L’ÉTRANGER .....</b>	<b>89</b>
<i>Ouvrages, rapports, working papers .....</i>	<i>89</i>
<i>Articles, fascicules .....</i>	<i>109</i>
<b>Pour aller plus loin .....</b>	<b>123</b>

## Introduction : données de cadrage sur les personnes âgées dépendantes

### Qu'est-ce-qu'une personne âgée dépendante ?

La dépendance se dit de « l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a **besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière** » (définition retenue par la loi du 24 janvier 1997 tendant à mieux répondre aux besoins des personnes âgées (60 ans ou plus).

### Quelques chiffres

Selon l'Insee<sup>1</sup>, les personnes âgées d'au moins 65 ans représentent 20,5 % de la population, soit une progression de 4,7 points en vingt ans. La hausse est de 2,4 points sur la même période pour les habitants âgés de 75 ans ou plus, qui représentent près d'un habitant sur dix au 1<sup>er</sup> janvier 2020.

La dépendance est mesurée à partir d'une grille nationale d'évaluation de la perte d'autonomie chez les personnes âgées de 60 ans et plus. Selon leur niveau de dépendance, les individus sont classés en six « groupes iso-ressources » (Gir). Sont qualifiées de dépendantes les personnes des Gir 1 à 4, les Gir 5 et 6 regroupant celles qui le sont très peu ou pas du tout.

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), selon que l'on retienne une définition restreinte ou large<sup>2</sup>. Pour la même période, 73 % des personnes âgées vivant en institution sont dépendantes<sup>3</sup>.

En 2018, sur les 17,5 millions de personnes de 60 ans ou plus résidant en France, 1,3 million bénéficie d'aides spécifiques pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie, solvabilisées par la collectivité. Parmi ces personnes âgées en perte d'autonomie, 59% vivent à domicile ou en résidences autonomie, et 41% en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

Le financement public de la prise en charge des personnes âgées en situation de perte d'autonomie s'élève à 22 Md€ en 2018. La multiplicité des aides apportées et des professions mobilisées implique un financement public segmenté, assumé aux trois quarts par les administrations de sécurité sociale (ASSO), assurance maladie d'abord et caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ensuite.<sup>4</sup>

Au final, Les pouvoirs publics participent à 80% au financement des dépenses des personnes âgées dépendantes (santé, aide à la perte d'autonomie et hébergement), le reste est assuré par les ménages (en moyenne : 60 euros par mois à domicile, 1850 euros par mois à domicile). Le rapport Libault évalue à 9,2 milliards d'euros le besoin de financement supplémentaire par an en 2030<sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup> Insee. Tableaux de l'économie française. Édition 2020

<sup>2</sup> Les personnes âgées dépendantes vivant à domicile en 2015 Premiers résultats de l'enquête CARE « ménages ». Études et Résultats Drees, 2017, n°1029

<sup>3</sup> 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015. Études et Résultats Drees, 2017, n°1015

<sup>4</sup> Source : Les comptes de la sécurité sociale. Résultats 2018 prévisions 2019 et 2020

<sup>5</sup> Libault, D. (2019). "Grand âge et autonomie : concertation". Paris Ministère chargé de la santé.

## Historique

***Cet historique s'appuie très largement sur les ouvrages de Ankri J. et Henrard J.C., notamment « Vieillesse, grand âge et santé publique ». Rennes : éditions ENSP, 2003.***

### 1-AVANT 1960

Avant 1960, il n'est pas question à proprement parler de politique d'action sociale spécifique ciblant les personnes âgées car la majorité d'entre elles vivent en famille. La seule politique publique est celle de l'assistance aux pauvres, dont beaucoup sont des personnes âgées, sous forme de l'attribution ponctuelle d'aides en espèces ou en nature. Quelques associations caritatives cependant développent des aides aux personnes malades isolées ou âgées sous forme d'aide-ménagère pour les tâches domestiques et des soins à la personne s'ajoutant aux soins apportés par les médecins et les auxiliaires médicaux. L'aide-ménagère est alors considérée comme l'auxiliaire de l'infirmière, et le but principal de son intervention est d'éviter l'hospitalisation d'un malade âgé par trop gravement atteint. Le financement est assuré par l'aide sociale départementale, puis par les caisses primaires d'assurance maladie avec lesquelles des conventions sont signées (1958-1960).

### 2-1960-1970

En 1960, le Premier ministre crée la commission d'étude des problèmes de la vieillesse présidée par Laroque (un des pères fondateur de la Sécurité Sociale) chargée de faire un bilan des charges liées au vieillissement démographique, de ses conséquences et de dégager des lignes directrices d'une politique de la vieillesse. Ses conclusions axent la future politique sur le maintien des personnes âgées dans la société : priorité au soutien à domicile et au maintien d'activités.

Le paiement des prestations reste assuré par :

- ✓ l'Assurance maladie pour les soins
- ✓ l'aide sociale pour les prestations sociales légales, attribués sous condition de ressources
- ✓ l'Assurance vieillesse pour les prestations sociales facultatives telles que l'aide-ménagère

1978 : la loi de janvier 1978 complétant la loi hospitalière de décembre 70 définit les services et unités de long séjour ainsi que leur mode de financement par une double tarification : forfait soins et forfait hébergement.

### 3-ANNEES 80

La crise économique de la fin des années 70 met fin à la politique publique d'action sociale spécifique à la vieillesse. La priorité mise sur la maîtrise des dépenses de protection sociale et se répercute donc sur les soins et l'aide sociale à destination des personnes âgées.

En 1982, on crée un secrétariat d'Etat chargé des retraités et des personnes âgées mais dont les moyens trop faibles ne permettent pas d'obtenir une réforme de la tarification des soins aux personnes âgées dépendantes (qui augmenterait les dépenses de l'Assurance maladie et obligerait à des redistributions entre secteur sanitaire et secteur médicosocial).

En 1983-1986 : les lois de décentralisation confient la responsabilité de l'action sociale et de l'aide sociale en particulier pour les personnes âgées aux départements.

1988 : Création d'une commission nationale d'étude sur les personnes âgées dépendantes. Le rapport de Théo Braun et de Michel Stourm qui résulte de ses travaux, « Les personnes âgées dépendantes », réaffirme la priorité de soutien à domicile et propose entre autre une assurance autonomie.

#### 4-ANNEES 1990

1991 : Rapport « Xème Plan : Dépendance et solidarité. Mieux aider les personnes âgées », réalisé par la commission présidée par Pierre Schopflin, Inspecteur général des affaires sociales - Commissariat général du plan propose parmi les principales mesures :

- ✓ Instauration d'une nouvelle prestation en espèce qui compléterait le dispositif existant des prestations en nature ;
- ✓ Réforme de la tarification proposant des forfaits en fonction de l'état de santé des pensionnaires et non plus du statut juridique de l'établissement ;
- ✓ Création d'un service départemental médico-social de soins aux personnes âgées dépendantes avec des équipes locales chargées d'attribuer les prestations, de coordonner les organismes de prise en charge et d'évaluer l'efficacité des services rendus.

1991 : Vivre ensemble : rapport d'information sur les personnes âgées dépendantes » Jean-Claude Boulard, député

1995 : Expérimentation d'une allocation spécifique dépendance dans 12 départements dont le cahier des charges a été élaboré par le ministère des affaires sociales – loi relative à la Sécurité sociale du 25/07/1994

Automne 1995 : Projet de loi visant à la création d'une prestation autonomie

1997 : [Loi n°97-60 du 24 janvier 1997](#) tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance.

Cette nouvelle prestation est soumise à condition de ressources et récupérable lors de la succession. Elle est financée par le département et est pour partie une substitution à l'ACTP (Allocation Compensatrice pour personne handicapée) destinées aux personnes handicapées vieillissantes. L'évaluation des besoins d'aide est réalisée via la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique, Groupe iso-ressources).

1999 : [Décret n°99-316](#) relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

Création de trois tarifs :

- ✓ Tarif hébergement
- ✓ Tarif afférant à la dépendance (couvrant les prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie) ;
- ✓ Tarif soins couvrant les prestations médicales et paramédicales ainsi que les soins liés à la dépendance.

Les montants du forfait pour la dépendance reposent sur le calcul de groupe iso-ressources (AGGIR) et le montant des forfaits soins sont liés à une grille PATHOS et pour partie au degré de dépendance.

## 5-ANNEES 2000 A AUJOURD'HUI

2001 : [Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001](#) relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

Elle instaure le droit à l'APA pour toute personne « incapable d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie lié à son état physique ou mental ». Pour financer cette nouvelle allocation, la loi crée le Fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (FFAPA), établissement public national à caractère administratif.

L'Allocation Personnalisée d'autonomie est une allocation en nature qui sert à financer un plan d'aide. Elle peut être demandée par toute personne de plus de 60 ans. Son montant dépend du degré de dépendance.

Les quatre niveaux de dépendance les plus sévères sur 6 donnent lieu à financement alors que l'on finançait les 3 niveaux les plus sévères avec la PSD. En 2020, les montants théoriques des plans d'aide vont de 674,27 pour les personnes ayant été cotées GIR 4 à 1 742,34 € pour les GIR 1 (qui correspond au niveau le plus sévère).

- ✓ Financement partiel par le département sur ressources locales (taxes, impôts) ;
- ✓ Versement au département d'un fonds abondé par un dixième de point de la contribution sociale généralisée (CSG) et par une participation des fonds sociaux des régimes obligatoire d'assurance vieillesse ; ceci pour corriger les disparités territoriales (déficit de revenus fiscaux de départements pauvres et surreprésentation des PA de 75 ans et plus) ;
- ✓ Gestion de l'APA reste de la responsabilité du département ;
- ✓ Prévion de conventions entre partenaires impliqués dans plan aide ;
- ✓ Réforme de la tarification des EHPAD.

2003 : [Loi n° 2003-289 du 31 mars 2003](#) portant modification de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie

La loi définit, tant en dépenses qu'en recettes, les solutions permettant d'assurer le « rééquilibrage » financier de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), afin de faire face à la rapide montée en charge de cette prestation, et des coûts correspondants pour les conseils généraux.

La loi du 31 mars 2003 modifie notamment les règles de fonctionnement du Fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (FFAPA) sur trois points, à savoir :

- Le plafond des acomptes versés par le FFAPA aux départements est relevé de 80 % à 90 % des recettes disponibles du fonds (après dotation du fonds de modernisation de l'aide à domicile et remboursement des frais de fonctionnement).
- Le FFAPA est autorisé, à titre exceptionnel, à recourir à l'emprunt en 2003, « pour aider les départements à faire face à la montée en charge de l'allocation personnalisée d'autonomie » (3° du III de l'article L.232-21 du code de l'action sociale et des familles).
- A l'initiative du Sénat, et afin de confirmer explicitement que le remboursement de cet emprunt incombe bien à l'État, la loi précise également que « la charge et le remboursement (de l'emprunt) seront assurés dans les conditions prévues par la loi de finances ».
- Egalement à titre exceptionnel, un concours de solidarité est versé en 2003 par le FFAPA aux départements qui sont financièrement les plus affectés par la montée en charge de l'APA.

2004 : [Loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées](#)

Création de la journée de la solidarité. Celle-ci prend la forme d'une journée supplémentaire de travail non rémunérée pour les salariés et d'une contribution assise sur les salaires pour les

employeurs. Les revenus du capital (0,3% des revenus des placements et des revenus du patrimoine) y sont également soumis (à l'exception de l'épargne populaire telle que le livret A. Les fonds reçus sont gérés par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) qui se substitue au Fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (FFAPA).

2004 : [Loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales](#),

Cette loi redéfinit la place du département pour l'ensemble des politiques sociales et de leurs prestations associées.

[Loi du 11 février 2005](#) pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, JO du 12 février 2005.

Cette loi annonce la fin de la barrière d'âge de 60 ans séparant artificiellement les personnes âgées handicapées de moins de 60ans et les personnes dépendantes âgées et la convergence du système de prise en charge.

Création de la Prestation de compensation du Handicap.

2005/05 : Mise en place effective de la CNSA

[Décret n° 2010-1764 du 30 décembre 2010 portant création du comité interministériel de la dépendance](#), JO du 31 décembre 2010

Ce comité a pour vocation d'assurer un suivi de l'avancement du débat national sur le risque dépendance.

Février 2011 : Mise en place de quatre groupes de travail thématique sur la dépendance qui portent successivement sur :

- ✓ La société et vieillissement ;
- ✓ L'accueil et accompagnement des personnes âgées ;
- ✓ Les enjeux démographiques et financiers de la dépendance ;
- ✓ La stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées.

En 2010, le périmètre de la dépense publique en faveur de la dépendance a été évalué à 24 milliards d'euros par an, dans son acception la plus large (source : [annexe 1 du rapport Fragonard](#), 2011). Selon les calculs de la Drees, cette dépense est évaluée à 21 milliards pour la même période.

Avril 2013 : La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013 a créé une nouvelle taxe sur les pensions de retraite et d'invalidité : la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie ou CASA. Ce nouveau prélèvement social est destiné à financer la dépendance des personnes âgées et handicapées.

Novembre 2013 : Lancement de la concertation sur le projet de loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement.

Février 2014 : présentation du projet de « loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement » qui fixe le calendrier de la réforme, scindée en deux textes, le premier consacré au soutien à domicile, le second centré sur les établissements et le mode de financement des mesures par la CASA (contribution additionnelle de solidarité pour autonomie).

**2015 : [Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement](#)**

- ✓ Réforme de l'APA : majoration des plafonds d'aide et réduction du reste à charge pour le bénéficiaire et sa famille, exonération totale pour les plus modestes (350 millions d'euros),
- ✓ Création d'une « aide au répit » pour les aidants informels pouvant aller jusqu'à 500 euros par an (78 millions d'euros)
- ✓ Financement de mesures de prévention de la perte d'autonomie (140 millions d'euros)
- ✓ Mesures relatives à la modernisation des résidences autonomie (=logement foyer) et financement d'action de prévention dans ces structures (80 millions d'euros)
- ✓ Rénovation et adaptation des logements individuels à la perte d'autonomie (40 millions d'euros)

Ces mesures, entre autres, seront financées par la Casa (contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie) gérée par la CNSA, taxe instaurée en 2013 sur les pensions des retraités imposables.

**2020 : [Loi organique et loi du 7 août 2020 relatives à la dette sociale et à l'autonomie](#)**

- ✓ Création d'un nouveau risque et une nouvelle branche consacré à l'autonomie. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) est chargée de la gestion de cette nouvelle branche de la sécurité sociale.

Le PLFSS 2021, adopté le 27 octobre en 1ère lecture contient les premières mesures pour organiser le fonctionnement de la 5e branche de sécurité sociale consacrée à l'autonomie, créée par la loi organique relative à la dette sociale et à l'autonomie du 7 août 2020. La branche sera gérée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), dont elle reprend l'ensemble des dépenses auxquelles va s'ajouter l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH). La CNSA va bénéficier à partir de 2021 d'un financement propre : 28 milliards d'euros de contribution sociale généralisée (CSG) lui seront affectés. 2,5 milliards d'euros sont consacrés en 2021 à des mesures nouvelles en faveur du secteur de l'autonomie<sup>6</sup>

**2021 : [Ordonnance du 1er décembre 2021 relative à la mise en œuvre de la création de la cinquième branche du régime général de la Sécurité sociale relative à l'autonomie](#)**

L'ordonnance modifie plusieurs articles du code de la Sécurité sociale pour les étendre à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et regroupe dans ce code toutes les dispositions législatives applicables à la CNSA, qui est désormais une caisse nationale de Sécurité sociale chargée de la 5e branche consacrée à l'autonomie.

---

<sup>6</sup> Dossier législatif sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021



## Éléments de bibliographie

### EN FRANCE

#### *Rapports institutionnels*

CNSA. (2021). "Avis et recommandations du Conseil pour le financement des politiques de soutien à l'autonomie à horizon 2030". Paris CNSA.

<https://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites-du-conseil/avis-et-recommandations-du-conseil-pour-le-financement-des-politiques-de-soutien-a-lautonomie-a-horizon-2030>

Conformément à la LFSS (Loi de financement de la Sécurité sociale) 2021, la CNSA a adopté, vendredi 19 mars, un avis et des recommandations pour le financement des politiques de soutien à l'autonomie à l'horizon 2030. La principale proposition de cet avis concerne la création d'une nouvelle tranche de CSG, la CSG Autonomie. Elle prendrait la forme d'une fraction additionnelle de 0,28 point affectée aux politiques de l'autonomie. Elle s'appliquerait dès 2023 en excluant la hausse de CSG sur les retraites telle que la proposait Laurent Vachey dans son rapport. Cette augmentation viendrait ainsi s'ajouter au 0,15 point de CSG réaffecté à la CNSA via la Cades à compter de 2024. Cet avis du Conseil de la CNSA doit être transmis aux parlementaires, conformément à l'article 33 de la LFSS 2021. Le Conseil devrait par ailleurs constituer des commissions spéciales pour poursuivre les travaux engagés, lors de sa prochaine réunion, le 22 avril 2021.

Cour des Comptes. (2021). "Soins de suite et de réadaptation, soins psychiatriques, accueil des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées : dix ans de réformes inabouties du financement des établissements et services". In: [La sécurité sociale. Rapport sur l'application de financement de la sécurité sociale.]. Paris : Cour des comptes : 265-294.

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/securite-sociale-2021>

France Stratégie. (2021). "Protection sociale : qui paie le coût du vieillissement de la population ?". Paris France Stratégie.

<https://www.strategie.gouv.fr/publications/protection-sociale-paie-cout-vieillissement-de-population>

Entre 1979 et 2019, la part des plus de 60 ans dans la population est passée de 17 % à 26 %. Ce vieillissement a alimenté la hausse des dépenses de protection sociale, qui ont progressé sur la même période de 25 % à 31 % du PIB. De fait, les dépenses de santé et de retraites, qui bénéficient largement aux plus de 60 ans, représentent aujourd'hui les trois quarts des dépenses de protection sociale. Pour autant, depuis une décennie, la part des dépenses de protection sociale dans le PIB s'est stabilisée, alors que le vieillissement de la population se poursuivait. Comment cette stabilisation a-t-elle été réalisée, et donc, qui paie le coût du vieillissement de la population ? Pour répondre à cette question, on mobilise ici les comptes

de transferts nationaux (CTN) qui proposent des profils par âge de consommation, de revenu, de transferts publics et privés, reçus et versés. Ces comptes permettent de décomposer l'évolution des dépenses dont bénéficie un groupe d'âge en un facteur démographique, lié au poids de ce groupe dans la population, et un facteur « politique », lié au choix du niveau moyen de dépense par tête à âge donné. Plusieurs enseignements se dégagent. Tout d'abord, les plus de 60 ans reçoivent, collectivement, une part croissante des dépenses de protection sociale. Mais depuis une dizaine d'années, cette part augmente moins vite que la part des plus de 60 ans dans la population. Autrement dit, le montant des prestations de protection sociale reçues en moyenne par une personne de plus de 60 ans augmente moins vite que le PIB par habitant. Cela s'explique principalement par la montée en puissance des réformes successives du système de retraite. Ensuite, la diversification des ressources de la protection sociale s'est traduite par une mise à contribution plus forte des plus âgés : poids croissant, dans les ressources de la protection sociale, de la contribution sociale généralisée (CSG) et des impôts et taxes affectés, qui reposent sur une assiette large, et diminution du poids des cotisations sociales, qui ne reposent que sur le travail. Au total, si les plus de 60 ans restent bénéficiaires nets de la protection sociale, les transferts qu'ils reçoivent en moyenne individuellement, nets de leurs contributions à son financement, ont diminué significativement au cours de la dernière décennie. Cela a permis en retour de limiter pour les actifs la hausse des coûts associés au vieillissement de la population.

CNSA (2020). "Démarche prospective de la CNSA. Chapitre 3. Quel financement pour les politiques d'autonomie ? Vers la cinquième branche de protection sociale". Paris CNSA.

Dans son chapitre prospectif, le Conseil de la CNSA interroge le financement des politiques d'autonomie à l'aune de la 5e branche de protection sociale.

Vachey, L., Allot, F. et Scotte, N. (2020). La branche autonomie : périmètre, gouvernance et financement. Paris : Ministère chargé de la santé

[http://www.igf.finances.gouv.fr/files/live/sites/igf/files/contributed/IGF%20internet/2.RapportsPublics/2020/2020-M-033-02\\_Rapport\\_Branche\\_Autonomie-vf.pdf](http://www.igf.finances.gouv.fr/files/live/sites/igf/files/contributed/IGF%20internet/2.RapportsPublics/2020/2020-M-033-02_Rapport_Branche_Autonomie-vf.pdf)

La loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie a créé un nouveau risque et une nouvelle branche consacrés à l'autonomie au sein de la sécurité sociale, et en a confié la gestion à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Elle a par ailleurs prévu qu'un rapport soit remis au Parlement le 15 septembre 2020 sur le périmètre, la gouvernance et le financement de la nouvelle branche. Confié à M. Laurent Vachey, ancien directeur de la CNSA et inspecteur général des finances, ce rapport a été établi sur la base d'une concertation de deux mois et a été remis au Gouvernement le 14 septembre 2020. Ce rapport formule plusieurs recommandations.

Bonne, B. et Meunier, M. (2019). "Rapport d'information sur le financement de la dépendance". Paris Sénat.

<http://www.senat.fr/notice-rapport/2018/r18-428-notice.html>

Ce rapport rend compte de travaux sur le financement de la perte d'autonomie des personnes âgées, alors que s'engageait parallèlement une concertation plus large pilotée par M. Dominique Libault, à la demande du Gouvernement, sur le grand âge et l'autonomie. Les rapporteurs se sont attachés à définir la notion de « reste à charge », dont les composantes

sont multiples, et à en donner des estimations chiffrées. Ils ont ainsi distingué, au sein du reste à charge, la part des aides apportées au titre de la perte d'autonomie et qui obéissent à une logique de compensation, et celle des frais d'hébergement en établissement, dont la couverture est en partie assurée par la solidarité nationale. Ces deux composantes forment un reste à charge global de 7 milliards d'euros par année, très inégalement réparti entre personnes âgées à domicile et personnes âgées accueillies en établissement. Ce niveau élevé est fréquemment reproché au conseil départemental, attributaire de la compétence de droit commun en matière de dépendance. Les rapporteurs souhaitent à cet égard rappeler tout l'intérêt de confier la prise en charge de la perte d'autonomie aux acteurs publics de proximité, qui restent les mieux à même de la mener. Sur la question financière, les rapporteurs soulignent que les recettes actuellement affectées au remboursement de la dette sociale ne suffiront pas, une fois cette dernière éteinte, à couvrir les dépenses de la dépendance à ce jour non financées. C'est pourquoi ils préconisent la mise en place d'une assurance dépendance obligatoire, dont le présent rapport offre les premiers contours. Dans le prolongement des débats engagés en 2007-2008 autour du « cinquième risque », et malgré la conjoncture budgétaire et sociale complexe qui s'impose aux pouvoirs publics, il leur paraît essentiel que le sujet du financement fasse l'objet d'une réforme systémique, au vu des enjeux qui s'annoncent.

Commission des comptes de la sécurité sociale (2019). Le financement public de la perte d'autonomie. Les comptes de la sécurité sociale. Résultats 2018, prévisions 2019 et 2020. Paris : CCSS ; 124-127

[https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2019/CCSS\\_RAPPORT-SEPT2019-tome%201.pdf](https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2019/CCSS_RAPPORT-SEPT2019-tome%201.pdf)

En 2018, sur les 17,5 millions de personnes de 60 ans ou plus résidant en France, 1,3 million bénéficie d'aides spécifiques pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie, solvabilisées par la collectivité. Parmi ces personnes âgées en perte d'autonomie, 59% vivent à domicile ou en résidences autonomie, et 41 % en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Le financement public de la prise en charge des personnes âgées en situation de perte d'autonomie s'élève à 22 Md€ en 2018. La multiplicité des aides apportées et des professions mobilisées implique un financement public segmenté, assumé aux trois quarts par les administrations de sécurité sociale (ASSO), assurance maladie d'abord et caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ensuite. Les 41 % des personnes âgées en perte d'autonomie vivant en établissements reçoivent 60 % des financements du fait de la concentration des personnes les plus dépendantes dans ces établissements. Leur augmentation, légèrement plus dynamique que celle des financements afférents, est nettement plus importante que celle des personnes dépendantes à domicile.

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

[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_grand\\_age\\_autonomie.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf)

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

Haut Conseil du financement de la protection sociale (2017). Rapport sur les perspectives de financement à moyen terme des régimes de protection sociale. Paris : HCFIPS

<http://www.strategie.gouv.fr/publications/perspectives-de-financement-moyen-long-terme-regimes-de-protection-sociale>

Ce rapport présente tout d'abord la méthodologie des projections. Il décrit les hypothèses démographiques désormais retenues par l'Insee et présente les différents scénarios macroéconomiques retenus pour la projection, qui diffèrent par leurs choix de long terme sur les gains tendanciels de productivité du travail et le taux de chômage, et en discute les limites et les incertitudes. Le deuxième chapitre du rapport présente les résultats des projections pour les grandes catégories de risques et de régimes sociaux au sens des sous-secteurs des administrations publiques, sur la période 2014-2060. Il montre une stabilisation ou une diminution de la part de l'ensemble des prestations sociales dans le PIB dans trois scénarios économiques sur quatre lorsque l'on considère les dépenses brutes de l'État (c'est-à-dire sans comptabiliser les ressources qu'il affecte à leur financement), et ce, quelle que

soit l'hypothèse retenue en matière d'élasticité des dépenses de santé au PIB. Le dernier chapitre aborde la question des frais financiers que pourraient induire ces soldes techniques pour les différents régimes sociaux.

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

<http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au-veillissement/>

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.

(2015). Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Dossier de presse. Paris : Ministère des affaires sociales et de la santé.

(2014) Projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement. Etude d'impact. Paris : Assemblée Nationale

<http://www.assemblee-nationale.fr/14/projets/pl1994-ei.asp>

Alors que 25 % des Français ont plus de 60 ans aujourd'hui, proportion qui atteindra 30% en 2060, ce projet de loi d'orientation et de programmation a pour objectif de mobiliser l'ensemble des politiques publiques permettant d'anticiper cette évolution démographique majeure, marquée par l'allongement de la vie. Il inscrit en conséquence la totalité de la politique de l'âge dans un programme pluriannuel et interministériel. Le projet de loi a été élaboré à l'issue de deux mois et demi de concertations approfondies avec l'ensemble des acteurs intéressés. Une restitution de la concertation a été effectuée par la ministre des affaires sociales et de la santé et la ministre délégué aux personnes âgées et à l'autonomie le 12 février 2014 devant l'ensemble des acteurs concernés. Plusieurs mesures de cette loi concernent également les personnes handicapées ; leur impact sera analysé au fur et à mesure des différents articles du projet, selon qu'ils leur sont ou non applicables. Outre les éléments contenus dans le cœur de l'étude d'impact relatifs à la parité, selon les articles du projet de loi, une annexe (annexe n°2) à part entière porte sur l'égalité entre les hommes et les femmes, tout comme est jointe une annexe relative au plan métier (annexe n°1), compte-tenu de l'importance qu'il revêt pour renforcer la qualité de l'accompagnement des personnes âgées.

(2014). Clôture de la concertation sur le projet de loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement. Dossier de presse.

Dossier de presse et fiches présentant les diverses mesures du projet de loi.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-dossiers-de-presse/article/cloture-de-la-concertation-sur-le-projet-de-loi-d-orientation-et-de>

(2013) Une loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement. Document de concertation. Paris : Premier ministre

Document de concertation du Gouvernement présenté le 29 novembre 2013 en vue de la future loi pour l'adaptation de la société au vieillissement. Il présente les volets du futur texte, dits les « trois A », à savoir : « Anticipation et prévention de la perte d'autonomie », « Adaptation de la société au vieillissement » et « Accompagnement de la perte d'autonomie ». Il souligne également l'importance de « réformer la gouvernance » du secteur des personnes âgées, et présente la création de maisons départementales de l'autonomie (MDA) comme l'une des « pistes » qui « méritent d'être débattues ».

(2013). 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

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 professionnel. 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 d'autonomie ou à un handicap.

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](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)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dss39.pdf>

Entre 2001 et 2010, le nombre de mesures d'aide sociale des conseils généraux à destination des personnes âgées dépendantes est passé de 370 000 à 1 350 000 environ, cette

augmentation très importante étant principalement due à la création de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en 2002 puis à sa montée en charge. Parallèlement, les dépenses totales d'aide sociale à destination de ces personnes ont fortement augmenté : de 2,81 milliards d'euros de dépenses brutes en 2001 à 8,12 milliards en 2010. Déductions faites des recours et récupérations, le montant net des dépenses d'aide sociale s'établit à 6,89 milliards en 2010. Les dépenses par bénéficiaire ou par habitant suivent des mouvements parfois très différents selon les départements considérés, la tendance globale étant néanmoins à une certaine convergence : les départements dont les dépenses par bénéficiaire sont les plus élevées au début des années 2000 sont aussi ceux qui ont connu la plus forte diminution sur la décennie.

Destais N., Ruol V., Thierry M. (2011). Financement des soins dispensés dans les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) –Evaluation de l'option tarifaire dite globale. Paris : IGAS  
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/124000032-financement-des-soins-dispenses-dans-les-etablissements-pour-personnes-agees>

Cette mission portait sur l'évaluation comparée des deux modes de financement des soins actuellement en vigueur, selon un tarif dit « partiel » et selon un tarif dit « global ». Il s'agissait de comparer les coûts pour l'assurance maladie des deux tarifs, d'examiner leurs incidences respectives sur la pertinence et la qualité des soins délivrés, enfin d'analyser les conditions de régulation et de suivi de la dépense dans ce secteur.

Charpin J.M., Tlili C. (2011). Perspectives démographiques et financières de la dépendance : rapport du Groupe 2. Paris : MSSPS.  
<https://www.vie-publique.fr/rapport/31841-perspectives-demographiques-et-financieres-de-la-dependance-rapport-du>

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.

Fragonard B. (2011). Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées : rapport du Groupe 4. Paris : MSSPS.  
<https://www.vie-publique.fr/rapport/31843-strategie-pour-la-couverture-de-la-dependance-des-personnes-agees-rapp>

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.

Laroque M., Zeggar H., Amghary Y.G., Geffroy L. (2011). Modalités de mise en œuvre de l'aide sociale à l'hébergement. Paris : IGAS

<https://www.vie-publique.fr/rapport/276316-obligation-alimentaire-et-aide-sociale-lhebergement>

Par lettre du 3 mars 2011, la Ministre des solidarités et de la cohésion sociale, dans le cadre des réflexions sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes, a demandé à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) l'examen des modalités de mise en œuvre de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) prévue par l'article L. 231-4 du code de l'action sociale et des familles (CASF), en raison de l'importance de cette aide pour le financement de la partie hébergement de l'accueil en établissement. L'objectif de cette mission est de faire un état des lieux des pratiques départementales concernant la gestion de cette allocation et de mieux cerner l'ampleur et les motifs du non recours à cette allocation pour les usagers dont les ressources ne suffisent pas à acquitter les charges liées à l'hébergement en établissement.

Morel A., Weber O. (2011). Vieillesse et société : rapport du groupe 1. Paris : MSSPS.

<https://www.vie-publique.fr/rapport/31840-societe-et-vieillesse-rapport-du-groupe-ndeg1-sur-la-prise-en-charge>

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.

Haut Conseil de la Famille (2011). Avis sur la place des familles dans la prise en charge de la dépendance des personnes âgées. Paris : Haut Conseil de la Famille.

<https://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 en traiter en tant que telle afin d'améliorer les aides existantes ou d'inventer de nouvelles formes d'actions au bénéfice des personnes âgées dépendantes ainsi que de leurs familles. Le Haut Conseil de la famille (HCF) tient à rappeler en premier lieu que la première aide à apporter aux aidants familiaux est de créer et structurer l'offre de services adaptés aux besoins des personnes âgées dépendantes en leur permettant d'y accéder dans des conditions financières raisonnables. C'est dans ce sens qu'un certain nombre de propositions sont faites afin de mieux articuler prise en charge collective, participation individuelle et mobilisation des solidarités familiales. Mais le soutien aux aidants familiaux suppose aussi que des actions spécifiques soient engagées en leur direction, afin de faciliter leur rôle et de soulager les contraintes pesant notamment sur leur vie quotidienne, leur vie professionnelle, leur santé et leurs relations familiales. Essentielles pour la vie des aidants et des personnes aidées, ces actions doivent également favoriser le maintien à domicile en facilitant l'engagement des aidants potentiels. Le souci d'offrir une réponse de qualité à toutes les personnes âgées



dépendantes, dans le cadre contraint de nos finances publiques, doit trouver sa traduction dans un équilibre complexe, où la prise en charge publique tient compte des différentes ressources des personnes âgées et de leurs familles, mais ne se traduise pas par une charge excessive sur les personnes concernées, leur patrimoine ou leur famille. L'objectif des différentes propositions retenues par le HCF est que solidarités familiales et solidarités collectives se renforcent mutuellement. Il s'agit d'assurer aux personnes dépendantes une prise en charge de qualité, respectueuse de leurs aspirations et de leurs modes de vie, mais aussi des contraintes et des choix de leurs familles et de leurs proches.

Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (2011). Assurance maladie et perte d'autonomie. Paris : HCAAM.

<https://www.securite-sociale.fr/home/hcaam/zone-main-content/rapports-et-avis-1/rapport-assurance-maladie-et-per.html>

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 à 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.

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

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000334/index.shtml>

Ce rapport est issu des réflexions du groupe de travail « Société et vieillissement », constitué dans le cadre du débat national sur la dépendance par lettre de mission de Madame la ministre des solidarités et de la cohésion sociale. Il aborde la problématique sous l'angle de l'organisation de la prise en charge des personnes âgées à domicile ou en institution.

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.

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., Verollet Y. (2011). La dépendance des personnes âgées. Paris : Editions des journaux officiels.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000337.pdf>

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).

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (2010). Autonomie, santé et territoires : accompagner les personnes. Rapport 2009 : Paris : CNSA.

<https://www.cnsa.fr/documentation-et-donnees/httpwwwcnsafrsitesdefaultfiles2009zip>

Ce rapport, le quatrième depuis l'installation de la CNSA en mai 2005, rend compte de la façon dont la Caisse gère les crédits qui lui sont confiés, issus de ses ressources propres (journée de solidarité et CSG) et de l'assurance maladie, au bénéfice des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Il présente le bilan d'activité de la Caisse et de ses services au cours de l'année 2009 dans ses fonctions financières, d'animation de réseau, de centre d'expertise technique, de recherche, et d'agence chargée de garantir l'égalité de traitement sur l'ensemble du territoire. L'activité 2009 retracée dans cette nouvelle édition du rapport de la CNSA est également marquée par deux événements extérieurs, d'une part la crise économique et financière et ses conséquences sur les ressources de la CNSA et, d'autre part, les profonds changements institutionnels induits par la loi dite Hôpital, patients santé et territoires et la création des agences régionales de santé. C'est pour relever ce dernier défi que le Conseil de la CNSA a voulu réaffirmer à travers le chapitre dédié à ses recommandations « Autonomie, santé et territoires : quelles articulations pour répondre aux besoins des personnes ? », les spécificités de l'accompagnement des personnes handicapées ou âgées en perte d'autonomie et préconiser une meilleure articulation des réponses sanitaires et médico-sociales aux besoins de ces personnes.

Cour des Comptes. (2010). Rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques. Paris : Cour des Comptes ; la Documentation française.

<https://www.vie-publique.fr/rapport/31178-rapport-sur-la-situation-des-finances-publiques-juin-2010>

Le présent rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques est établi en application de l'article 58-3° de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF). Son dépôt est conjoint à celui du rapport du Gouvernement sur l'évolution de l'économie nationale et l'orientation des finances publiques prévu par l'article 48 de cette loi organique. Il vise à nourrir le débat d'orientation budgétaire que doit tenir le Parlement ainsi que le débat sur l'orientation des finances sociales qui peut lui être couplé, en application de l'article 6 de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS). Le présent rapport fait d'abord le point sur la situation à la fin de 2009, notamment sur la nature, largement structurelle, du déficit. Ce diagnostic est essentiel pour apprécier les risques auxquels les administrations publiques sont exposées et l'ampleur du redressement nécessaire. La comparaison avec les autres pays européens montre que notre situation est plus défavorable que la moyenne. L'évolution du déficit a été différente selon les catégories d'administration et les causes en sont analysées. Ce diagnostic est actualisé pour tenir compte de la situation prévisionnelle des finances publiques en 2010. Malgré l'arrêt progressif des mesures de relance et la reprise de la croissance, le déficit public serait encore plus élevé en 2010 qu'en 2009. Ce rapport dégage ensuite les perspectives des finances publiques au-delà de 2010. Si des mesures adaptées ne sont pas prises, le déficit public pourrait être encore très élevé en 2011, et nettement supérieur à 3,0% du PIB en 2013. Le risque demeure que l'endettement soit de plus en plus difficile à maîtriser et freine ainsi la croissance. Le grave déséquilibre des comptes sociaux persisterait et les évolutions démographiques ne feraient que l'aggraver à long terme.

Godot C., Wisnia-Weill V., Sauneron S., et al. (2010). Vivre ensemble plus longtemps. Enjeux et opportunités pour l'action publique du vieillissement de la population française. Rapports et documents ; 28. Paris : la documentation française, Paris : CAS.

<https://www.vie-publique.fr/rapport/31498-vivre-ensemble-plus-longtemps-enjeux-et-opportunités-pour-laction-pub>

Le vieillissement de la population française s'accélère. Essentiellement lié à la montée en âge des générations nombreuses du baby-boom et à l'allongement de l'espérance de vie, il transforme en profondeur la société, modifie l'économie des relations intergénérationnelles et peut être porteur d'inégalités fortes. Comment organiser une société dans laquelle les individus vivront et seront actifs plus longtemps ? Telle est la question au cœur de ce rapport, qui met en lumière les enjeux du vieillissement pour l'action publique dans des domaines divers mais aussi intrinsèquement liés : santé, sécurité, bien-être, rapports intergénérationnels, logement, emploi... Le rapport propose des pistes de réflexion et d'action.

Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (2010). Vieillesse, longévité et assurance maladie. Constats et orientations. Avis adopté le 22 avril 2010 : Paris : HCAAM.

[https://documentation.ehesp.fr/index.php?lvl=notice\\_display&id=254527](https://documentation.ehesp.fr/index.php?lvl=notice_display&id=254527)

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 fondamental de l'organisation des soins : son insuffisante transversalité autour de chaque personne malade (tiré du texte).

Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. (2010). Vieillesse, longévité et assurance maladie. Note adoptée le 22 avril 2010. Paris : HCAAM.

[https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCAAM/2010/AVIS/HCAAM-2010-AVRIL-AVIS-AVIS\\_SUR\\_LE\\_VIEILLISSEMENT\\_LONGEVITE\\_ET\\_ASSURANCE\\_MALADIE.pdf](https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCAAM/2010/AVIS/HCAAM-2010-AVRIL-AVIS-AVIS_SUR_LE_VIEILLISSEMENT_LONGEVITE_ET_ASSURANCE_MALADIE.pdf)

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.

Poletti B. (2010). Rapport sur les missions et l'action de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Paris : Assemblée Nationale.

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i2687.pdf>

Ce rapport de la mission d'information sur "les missions et l'action de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie" de la commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale, formule 21 propositions destinées à améliorer la gestion des crédits médico-sociaux et à renforcer la caisse. "La priorité doit être de mettre en œuvre un ensemble de mesures visant, précisément, à prévenir la constitution d'excédents", estime la mission dans son rapport. Au chapitre de l'amélioration de la procédure budgétaire et du suivi des dépenses de la CNSA, la mission propose notamment d'avancer le calendrier de répartition des crédits de la caisse aux ARS. Elle propose d'améliorer la procédure de construction de l'objectif global de dépenses (OGD) en prenant davantage en compte les données sur les dépenses effectives et prévisionnelles des établissements (et non plus les autorisations) et l'avancement concret des projets de création de places. Dans cette perspective, elle propose notamment de développer un système d'information intégré, qui serait à la disposition de la CNSA et des ARS. Pour éviter une remise en cause des plans d'aide à l'investissement, la mission propose de garantir un financement pérenne de cette aide à l'investissement en affectant une partie du produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie au budget de la CNSA et en majorant l'Ondam médico-social à "due concurrence". La mission propose également des pistes pour améliorer les conditions de créations de places dans les établissements et services et pour encourager le processus de médicalisation des Ehpad. Les autres propositions portent sur une "gouvernance rénovée" de la CNSA (renforcer l'évaluation et le contrôle, repenser son organisation avec une représentation explicite des régimes d'assurance maladie, clarifier les compétences respectives de la CNSA et de ses autorités de tutelle, permettre à la CNSA de participer à l'animation des réseaux des ARS dans le champ médico-social, ...). Enfin, le rapport émet des propositions concernant les maisons départementales des personnes handicapées. Quant à la réforme du 5e risque, la mission confie à la CNSA un rôle central.

Rosso-Debord V. (2010). Rapport d'information sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Rapport d'information ; 2647. Paris : Assemblée nationale.

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i2647.pdf>

Après avoir pris acte du contexte socioéconomique spécifique au sein duquel la prise en charge des personnes âgées s'effectue actuellement et pour plusieurs années encore, ce rapport a répertorié divers constats quasi unanimement dressés par ses différents interlocuteurs et représentatifs de divers freins au fonctionnement satisfaisant de la prise en charge des personnes en perte d'autonomie, avant de tenter de répondre aux nombreuses questions que poserait une réforme du dispositif actuel : par quelles institutions assurer la couverture du risque de dépendance pour nos concitoyens ? Comment soutenir au quotidien les personnes âgées, leurs aidants et les différents acteurs de terrain, tant au niveau social que médico-social ? Comment prévenir leur fragilité et accompagner leur perte d'autonomie ? Le rôle dévolu aux conseils généraux permet-il d'assumer la prise en charge des plus faibles ? Quelle que soit la valeur des interventions de l'assurance maladie, de l'assurance vieillesse ou des institutions de retraite et de prévoyance, comment réduire l'importance des sommes qui restent dues par les familles ? (d'après l'intro.)

Vasselle A., Sénat. Commission des Affaires Sociales. (2010). Rapport sur la situation des finances sociales en vue de la tenue du débat d'orientation des finances publiques pour 2011. Rapport d'information ; 615. Paris : Sénat.

<http://www.senat.fr/rap/r09-615/r09-6151.pdf>

Ce rapport, établi par le rapporteur général de la commission des affaires sociales pour la préparation du débat sur les orientations des finances publiques, dresse un bilan à mi-parcours de l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010. Les dernières prévisions publiées par la commission des comptes de la sécurité sociale confirment qu'une reprise économique encore hypothétique ne permettra en aucun cas une résorption spontanée du déficit du régime général de la sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse, qui devrait dépasser 30 milliards d'euros en 2010. Le rapport recense trois chantiers à réaliser avant la fin de l'année, pour l'avenir de la sécurité sociale : le traitement de la dette sociale : la réforme des retraites ; un pilotage rénové et une maîtrise renforcée de la branche maladie, branche la plus gravement déficitaire au sein du régime général.

Branchu C., Voisin J., Guedj J., Lacaze D., Paul S. Inspection générale des affaires sociales (2009). Etat des lieux relatifs à la composition des coûts mis à la charge des résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Paris : La documentation Française.

<https://www.vie-publique.fr/rapport/30714-etat-des-lieux-relatif-la-composition-des-couts-mis-la-charge-des-re>

Le présent rapport, consacré à un état des lieux relatif aux coûts mis à la charge de la personne âgée ou de sa famille en cas de séjour en établissement, est issu d'une mission d'enquête décidée dans le cadre du programme de travail que l'IGAS a adopté pour 2009. Le premier chapitre rend compte de l'ensemble des informations recueillies au cours des déplacements effectués dans les quatre départements enquêtés et, plus précisément, dans 17 établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et 3 unités de soins de longue durée (USLD). Compte tenu des informations recueillies, le second chapitre identifie les principales problématiques du système (niveau du montant mis à la charge du résident, coût et contenu de la prestation, etc.). Le dernier chapitre vise à fournir quelques éléments

de réponse à deux questions susceptibles, selon l'IGAS, de faire débat à l'avenir : quels leviers seraient activables pour réduire les coûts laissés à la charge des résidents ou de leur entourage (familles et/ou obligés alimentaires) ? Le coût du séjour en EHPAD peut-il évoluer sous la pression d'un rapport différent entre l'offre et la demande ? Le rapport est accompagné de nombreuses annexes qui récapitulent notamment les informations recueillies à l'échelle locale.

Cour des Comptes. (2009). Rapport public annuel 2009 de la Cour des Comptes. 2ème partie : Suites données aux observations des juridictions financières. Paris : Cour des comptes.

<https://www.vie-publique.fr/rapport/30300-rapport-public-annuel-de-la-cour-des-comptes-2009>

Le rapport annuel de la Cour des comptes comporte deux volets. La seconde partie revient sur les suites données par les services ou organismes publics concernés aux observations faites dans les précédents rapports de la Cour. Sont abordés notamment : la loi de financement de la Sécurité sociale, les exonérations et allègements de charges sociales, la coordination interministérielle du programme national nutrition santé, la réforme de la gestion des pensions des fonctionnaire de l'Etat, la prise en charge des personnes âgées dépendantes et les personnels des établissements publics de santé. Désormais systématique, l'examen de ces suites permet de livrer au public des exemples parmi les plus significatifs des échos reçus par ses observations ou ses préconisations.

Cour des Comptes (2009). La conduite par l'Etat de la décentralisation. Paris : La Documentation française.

<https://www.vie-publique.fr/catalogue/269163-la-conduite-par-letat-de-la-decentralisation>

Le rapport de la Cour présente un bilan des différentes vagues de décentralisation depuis le début des années 1980, opérant une profonde transformation de l'organisation institutionnelle et administrative de la France : transfert de compétences aux collectivités et répartition entre les différents échelons territoriaux, question du financement et du pilotage de la décentralisation, etc. Le rapport s'attache d'une part à rechercher la cohérence de la nouvelle organisation des compétences et l'adéquation des moyens financiers correspondants et, d'autre part, tente d'estimer le coût de ce processus, en lui-même et au regard de la dépense publique globale et des effectifs des fonctions publiques d'Etat et territoriale.

Fouquet A., Laroque M., Puydebois C. (2009). La gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie. Synthèse des contrôles de la mise en œuvre de l'APA réalisés dans plusieurs départements. Paris : La documentation Française.

<https://www.vie-publique.fr/rapport/30715-la-gestion-de-lallocation-personnalisee-dautonomie-synthese-des-contr>

Entrée en vigueur le 1er janvier 2002, l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) a été instituée par la loi du 20 juillet 2001 pour contribuer à la prise en charge financière de la perte d'autonomie des personnes âgées. Le rapport, qui s'inscrit dans le cadre du programme annuel de travail de l'IGAS, présente les résultats des contrôles effectués dans quatre départements (Ain, Bouches-du-Rhône, Eure-et-Loir et Haute-Corse). Le rapport développe une analyse assortie de recommandations autour de six thèmes : éléments d'analyse transversale ; organisation du processus d'instruction et décision ; évaluation médicosociale ; gestion financière ; tarification des services d'aide à domicile et des établissements ; pilotage, systèmes d'information et diffusion de bonnes pratiques. Il fait des recommandations qui relèvent soit de modifications de textes, soit de bonnes pratiques ; leur mise en œuvre relève

des services de l'Etat, des conseils généraux, ou de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) dont le rôle en matière de dépendance des personnes âgées devrait être conforté. Les propositions de modifications de textes sont rassemblées et explicitées dans l'annexe 1. Les principaux éléments factuels des analyses de site sont synthétisés sous forme de tableau synoptique dans l'annexe 2

Caisse Nationale de Solidarité pour l'autonomie (2008). Droit universel d'aide à l'autonomie : un socle, une nouvelle étape : rapport 2008. Paris : CNSA.

<https://www.cnsa.fr/documentation-et-donnees/httpwwwcnsafrsitesdefaultfilesrapportannuel20080zip>

La loi relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et handicapées (30 juin 2004) a institué la CNSA qui a pour mission de contribuer au financement de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées dans le respect de l'égalité de traitement sur l'ensemble du territoire. La loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (11 février 2005) modifie et complète les missions de la CNSA et crée les outils qu'elle aura la charge de mettre en œuvre (notamment les PRIAC - PRogrammes Interdépartementaux d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie). Point d'étape après 3 années d'activité, le rapport présente l'ensemble des actions menées en 2008 et met en perspective le chemin parcouru depuis la création de la CNSA. Dans la continuité des orientations du rapport de 2007, ce rapport évoque les évolutions de gouvernance souhaitables, notamment pour rendre plus efficace l'action de la CNSA et pour favoriser la mise en œuvre d'un droit universel d'aide à l'autonomie.

Ministère de la Solidarité de la Santé et de la Protection Sociale. Commission des Comptes de la Sécurité Sociale. (2008). Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2007 - Prévisions 2008 et 2009. Tome 1 Paris : MSSPS.

Le rapport propose une actualisation des prévisions concernant les comptes des régimes de sécurité sociale (famille, retraite, maladie, accidents du travail, maladies professionnelles) pour 2008, compte tenu notamment des hypothèses de croissance retenues. Des éclairages sont proposés sur les dépenses de biologie médicale, sur les dépassements d'honoraires des médecins, sur les modes de rémunération des médecins généralistes : comparaison internationale, sur la rétrocession hospitalière, sur l'accès aux complémentaires santé et au recours aux soins, sur les fonds médicaux et hospitaliers. Un second tome présente les résultats des comptes des régimes autres que le régime général, des régimes de retraite complémentaire ainsi que des éléments de bilan du régime général

Vassel A. (2008). Rapport d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque. Paris : Sénat.

<http://www.senat.fr/rap/r07-447-1/r07-447-11.pdf>

Les réflexions autour du cinquième risque et de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées sont aujourd'hui entrées dans une phase active. Le Sénat a créé sur ce thème une mission commune d'information, présidée par Philippe Marini (UMP - Oise), composée de membres des commissions des affaires sociales et des finances, afin de prendre toute sa place dans le débat. Au terme de six mois d'auditions et de déplacements sur le terrain, qui lui ont permis de rencontrer les principaux acteurs de la dépendance, de mesurer les aspirations des gestionnaires locaux et d'étudier les systèmes mis en place chez nos principaux partenaires européens, elle a adopté, le 8 juillet, son rapport d'étape qui

ambitionne de faire le point sur les principales questions en suspens. Ses orientations visent quatre objectifs : un effort plus équitable en direction des bénéficiaires de l'APA à domicile ; un reste à charge maîtrisé et une dépense plus efficace en établissements d'hébergement ; une articulation à définir entre le socle solidaire reposant à la fois sur la solidarité nationale, grâce à des redéploiements, et une meilleure prise en compte du patrimoine dans le calcul de l'APA, et l'étage de financement assurantiel ; une gouvernance renforcée et simplifiée avec un partage à égalité Etat (CNSA) - départements pour le financement de l'APA. Par ailleurs, le rapport envisage l'expérimentation, sur une base volontaire, d'une gestion déléguée aux départements des crédits d'assurance maladie des Ehpad. Pour les parlementaires, la mise en place du 5e risque devra se faire à prélèvements obligatoires constants. Une étude commandée au cabinet Ernst et Young sur le « marché de l'offre de soins, d'hébergement et de services destinés aux personnes âgées dépendantes » apporte un éclairage complémentaire sur ces premières analyses. La mission doit approfondir ses réflexions au cours du second semestre 2008.

Besson E. (2007). La journée de solidarité. Paris : Premier Ministre.

Le rapport rend compte de la mission d'évaluation et de proposition sur la mise en œuvre pratique de la "journée de solidarité" dans les entreprises et les administrations publiques, confiée à Eric Besson en juin 2007 par le Premier Ministre. Il souligne le "succès" du financement institué par la journée de solidarité et propose trois pistes de travail présentées comme des "scénarios", qui comportent, chacun, des avantages et des inconvénients.

Coquillon M. (2007). L'impact de l'allongement de la durée de vie sur les systèmes d'aides et de soins. Avis et rapports du Conseil économique et social

[https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2007/2007\\_18\\_michel\\_coquillon.pdf](https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2007/2007_18_michel_coquillon.pdf)

L'allongement de la durée de la vie est une caractéristique positive de notre société qui pose cependant des défis majeurs à la solidarité entre les générations, à l'organisation médicale, sociale et familiale. Le Conseil économique et social formule, dans cet avis, un certain nombre de propositions relatives à la prévention de la dépendance, à la recherche sur les maladies neuro-dégénératives, aux conditions d'hospitalisation des personnes âgées, à leur maintien à domicile et enfin au pilotage de la prise en charge de la dépendance.

Eslous L. (2007). La dépendance des personnes âgées. Eléments de travail : Paris : Igas.

<https://www.vie-publique.fr/rapport/29290-la-dependance-des-personnes-agees-elements-de-travail>

Ce rapport examine les conséquences financières induites par la perte d'autonomie des personnes âgées. Sont examinés successivement : les produits d'assurance couvrant la perte d'autonomie, les évaluations financières de la perte d'autonomie des personnes âgées, les aides au logement pour les personnes âgées en établissement, les dépenses fiscales en faveur des personnes en situation de perte d'autonomie, la pension d'invalidité du régime général, l'évaluation du surcoût du logement généré par la perte d'autonomie. Enfin le rapport présente également la péréquation financière entre collectivités locales en Suède.

Gisserot H., Grass E. (2007). Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025 : prévisions et marges de choix : rapport à Monsieur Philippe Bas, Ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille : mission confiée à Mme Hélène Gisserot, Procureur général honoraire près la Cour des comptes. Paris : La documentation française



Ce rapport trace les perspectives d'évolution démographique des personnes âgées dépendantes, en France, à l'horizon 2025-2040. Il établit le niveau de financement nécessaire à la prise en charge de la dépendance, qu'elle relève de l'aide à domicile ou de l'accueil en établissement. A cette fin, il propose différents scénarii de nature fiscale et assurantielle et émet l'hypothèse de la création d'un régime nouveau de protection sociale consacré au risque de perte d'autonomie sous l'égide de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

Montchamp M.A., Accoyer B., Woerth E., Letard V., Duthil G., Assemblée Nationale/ com. (2007). Quelles réponses pour couvrir et financer la dépendance ? Actes des 1ères Rencontres parlementaires sur la Dépendance Paris

Lors de ces premières rencontres parlementaires sur la dépendance, les discussions ont eu lieu autour de deux tables rondes : la prise en charge de la dépendance et les financements pour demain.

Bas P. (2006). Plan Solidarité - Grand âge : Paris : Ministère délégué à la Famille

Philippe Bas a présenté, le 27 juin 2006, l'ensemble des mesures du Plan "Solidarité grand âge", dont les enjeux ont été annoncés par le Premier ministre le 26 mai. Objectif : adapter le dispositif à la diversité des attentes et des besoins des personnes âgées. En raison des mutations démographiques, en particulier l'allongement de l'espérance de vie, la réforme engagée par le Gouvernement s'articule autour de cinq axes : le libre choix du domicile ; Inventer la maison de retraite de demain ; Adapter l'hôpital aux personnes âgées ; Assurer pour l'avenir le financement solidaire de la dépendance ; Insuffler une nouvelle dynamique à la recherche et à la prévention.

Blanc P., Berthod-Wurmser M. (2006). Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge. Paris : Ministère de la sécurité sociale, des personnes âgées, des personnes handicapées et de la famille

<https://www.vie-publique.fr/rapport/28430-une-longevite-accrue-pour-les-personnes-handicapees-vieillissantes-un>

L'augmentation de l'espérance de vie des personnes handicapées pose de nombreuses questions, notamment en termes de prises en charge, pour les personnes handicapées elles-mêmes, leurs familles et les professionnels qui leur apportent leur concours. Sur la base de ce constat et compte tenu de la loi de février 2005 en faveur des personnes handicapées, Paul Blanc avance des recommandations à court terme : plein usage des dispositions de la loi, offre de solutions diversifiées à destination des personnes concernées et de leur famille, mobilisation des compétences des professionnels, prise en compte de l'évolution de la démographie des personnes handicapées. A moyen et long terme, l'auteur souhaite voir converger les dispositifs "dépendance" et "handicap" (hébergement, prestations, prises en charge, sources de financement...).

Cour des Comptes. (2006). Les conditions de mise en place et d'affectation des ressources de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

<https://www.cnsa.fr/documentation/rapportcnsa1.pdf>

A l'occasion de l'installation de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), le 2 mai 2005, le Premier ministre a chargé les magistrats de la Cour des comptes d'évaluer les

conditions de mise en place de cet établissement public et de l'affectation de ses ressources. Le rapport de la Cour a été remis le 29 juin au gouvernement. Dans ce document rendu public le 10 juillet, la Cour des comptes estime que "les craintes qui ont pu être exprimées sur l'affectation des nouvelles ressources de la contribution de solidarité ne sont pas fondées : elles bénéficient bien intégralement aux personnes âgées dépendantes et aux personnes handicapées". "Un effet vignette n'est pas à craindre". "L'examen des crédits de l'Etat et de l'assurance maladie ne révèle pas d'effets de substitution". Enfin, "l'institution de la CSA a permis à la fois de consolider par des ressources définitives le concours de l'Etat aux départements pour le financement de l'APA, et d'affecter globalement aux établissements accueillant des personnes dépendantes des ressources nettement plus élevées", conclut la Cour. L'équivalent de cette journée est versé par les entreprises, sous forme d'une contribution égale à 0,3% de la masse salariale, à la CNSA, qui engrange ainsi, pour une année, quelque deux milliards d'euros (1,2 milliard d'euros pour les personnes âgées et 800 millions d'euros pour les handicapés). Ces derniers mois, des associations, en particulier l'Adehpa, qui réunit les directeurs des maisons de retraite, ont exprimé leurs craintes à plusieurs reprises que les fonds récoltés dans le cadre de la Journée de solidarité "n'aillent pas intégralement" aux personnes âgées ou servent à "financer des décisions qui avaient été prises antérieurement", comme le plan pour les personnes handicapées jeunes ou l'APA. Cependant, si la Cour remarque que le fonctionnement de la CNSA lui semble "satisfaisant" et que ses équipes "se sont bien mises en place", elle se situe au carrefour de multiples compétences : celles de l'Assurance maladie (financeur des crédits destinés aux établissements et services), de l'Etat (qui fixe les orientations des politiques), et des départements. Or, "les voies de la cohérence entre ces multiples acteurs ne paraissent pas encore trouvées". Enfin, "les procédures financières et comptables de la Caisse restent à formaliser et à sécuriser".

Guinchard P. (2006). Le financement des établissements d'hébergement des personnes âgées. Rapport d'information de l'Assemblée Nationale ; 3091. Paris : Assemblée Nationale.

<http://www.assemblee-nationale.fr/12/pdf/rap-info/i3091.pdf>

Cette étude, confiée à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales porte sur " le financement des établissements d'hébergement des personnes âgées ". Dans le cadre de ce sujet, vaste et complexe, la mission a été conduite à s'intéresser tout particulièrement à la question du montant et du contenu des coûts d'hébergement pesant sur les personnes âgées et leurs familles. Au-delà de la question générale des capacités d'hébergement des personnes âgées et des modes de financement, l'objet du présent rapport a été de comprendre les mécanismes constitutifs du coût de séjour en maison de retraite et de proposer des mesures permettant de le contenir. Les recommandations de la mission portent sur le réaménagement des sections tarifaires, le financement des mises aux normes techniques, l'assouplissement de certaines règles comptables et de placement financier, ainsi que l'augmentation du volume des prêts aidés pour la construction ou la rénovation d'établissements pour personnes âgées. Plus globalement et de façon structurelle, la mission préconise également une optimisation des moyens financiers et des capacités d'accueil ainsi qu'une meilleure organisation des passerelles pour dégager des marges de manœuvre financières et pour assurer un meilleur accompagnement individuel de la personne. D'autres recommandations sont destinées à appuyer les initiatives de terrain innovantes dans la façon de prendre soin de la personne âgée. Les bonnes pratiques préconisées par la mission sont subordonnées à la mise en place d'un large programme de formation et de qualification des personnels concernés. Enfin, l'ensemble des auditions ayant mis en évidence un défaut de connaissance des coûts, des volumes de financements

accordés, ainsi que des montants de dépenses réalisés, la mission insiste sur la nécessité de mettre en place un système d'information exhaustif, indispensable aux résidents et à leur famille, ainsi qu'aux professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social, publics et privés.

Le Bouler S., Centre d'Analyse Stratégique. (C.A.S.). (2006). Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix. Paris : La Documentation française.

<https://www.vie-publique.fr/rapport/28385-personnes-agees-dependantes-batir-le-scenario-du-libre-choix-second>

Après un premier rapport publié en juillet 2005 "Prospective des besoins en établissements pour les personnes âgées dépendantes", le ministère délégué à la sécurité sociale a souhaité poursuivre la réflexion engagée sur les besoins liés au grand âge et approfondir l'étude d'un scénario équilibré comportant le développement d'une offre globale portant sur toute la palette des modes de prise en charge à domicile et en établissement. Ceci dans le cadre d'une volonté du gouvernement de donner aux personnes âgées une liberté de choix, volonté affirmée dans le plan Vieillesse et solidarités. Pour répondre à la demande qui lui a été faite, la mission a choisi de développer quatre axes de réflexion autour de : - la diversité de l'offre et les possibilités d'intégration - la quantification du nombre de places aux différentes échéances 2010, 2015 et 2025 ainsi que les besoins en personnels - l'accessibilité financière pour les familles et les personnes âgées et le financement de la dépendance - la planification gériatrique et la question de la répartition territoriale des efforts. En conclusion, une trentaine de propositions sont exposées. Concernant les modes de prise en charge, la mission propose notamment de construire des filières de prise en charge complètes sur les territoires de proximité, de promouvoir le développement d'une offre intégrée autour des établissements d'hébergement, de maintenir un effort soutenu de création de places en établissement jusqu'en 2010 et de développer fortement les places en SSIAD et les soins infirmiers. Concernant le volet financier, elle propose, entre autres, de mettre en œuvre un compte de la dépendance et d'assurer un meilleur suivi des dépenses, de consolider la régulation des dépenses au niveau des établissements et de contenir les coûts supportés par l'utilisateur par une action sur plusieurs fronts. Enfin, en ce qui concerne le volet planification, la mission souhaite notamment développer la pratique des appels à projets territoriaux, associer pleinement les départements à l'élaboration des PRIAC et bâtir un dispositif de suivi des effets du vieillissement dans le cadre de la mise en œuvre des SROS

3

Commissariat général au Plan (2005). La prise en charge des personnes âgées dépendantes dans leur dernière période de vie. Enjeux et pistes de réflexion pour l'Etat. Quatre séminaires du groupe de projet GESTE. Paris : CGP.

<https://www.vie-publique.fr/rapport/27234-la-prise-en-charge-des-personnes-agees-dependantes-dans-leur-derniere-pe>

Le groupe de projet Geste réalise une prospective du rôle de l'Etat dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes dans leur dernière période de vie. Face à la complexité des problématiques que pose la prise en charge du grand âge, des thématiques jugées majeures en raison des enjeux futurs qu'elles renferment ont été abordées sous la forme de séminaires de travail. Organisé par les membres de Geste, chaque séminaire a réuni des experts d'horizons variés : chercheurs, sociologues, économistes, acteurs impliqués dans la prise en charge ordinaire et quotidienne des personnes de grand âge, médecins, directeurs d'établissements. Les thématiques suivantes ont été abordées : quelles évolutions pour le maintien à domicile ? ; Quelles politiques de soutien aux aidants ? ; Quels soins palliatifs pour

le grand âge ? ; Quelles évolutions des établissements d'accueil du grand âge ? Ce document de travail présente les principaux résultats dégagés pour chacune de ces thématiques (résumé d'auteur)

Cour des Comptes. Paris. FRA (2005). Les personnes âgées dépendantes. Rapport au Président de la République suivi des réponses des administrations et des organismes intéressés. Paris : Cour des Comptes.

<https://www.vie-publique.fr/rapport/27719-les-personnes-agees-dependantes-rapport-au-president-de-la-republique>

Ce rapport sur les personnes âgées dépendantes a été présenté par la Cour des comptes le 9 novembre 2005. Dans ce rapport, la Cour dresse un état des lieux des besoins issus du vieillissement et de la multiplication des situations de dépendance et met l'accent sur l'ampleur des problèmes que pose l'hébergement - à domicile ou en institution - des personnes âgées dépendantes. Elle examine ensuite la mise en œuvre des décisions prises depuis le milieu des années 1990 pour humaniser, moderniser et médicaliser les dispositifs de prise en charge et dresse également un premier bilan des réponses actuelles, en termes de capacités d'hébergement et d'offres de services. Puis elle décrit la complexité du système de financement actuel qui rend difficile la mesure précise des efforts consentis par la collectivité nationale pour la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées. Elle met l'accent sur les modalités de répartition des charges entre les différentes institutions et attire l'attention sur l'ampleur des besoins de financement à venir. Enfin, la Cour porte un intérêt particulier aux problèmes d'organisation et de pilotage à un moment où le jeu complexe d'acteurs institutionnels et professionnels très nombreux est modifié par l'accélération de la décentralisation : elle souligne la nécessité de mesures de coordination et de simplification permettant de mieux prendre en compte les besoins des personnes âgées et d'assurer la continuité de la prise en charge.

Delomenie P., Fontanel-Lasselle M. (2005). Conclusions du groupe de travail sur la prise en charge des médicaments dans les maisons de retraite médicalisées. Annexes - Tome II/II : Paris : Igas.

<https://www.vie-publique.fr/rapport/27383-conclusions-du-groupe-de-travail-sur-la-prise-en-charge-des-medicaments>

Le rapport présenté par l'IGAS a pour objet d'étudier les solutions envisageables pour améliorer la prise en charge sanitaire et financière des médicaments et des dispositifs médicaux en EHPAD (Établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes). Les discussions du groupe de travail se sont concrétisées par la rédaction de sept fiches de synthèse sur les thèmes suivants : prescription des médicaments ; approvisionnement ; dispensation et administration ; éléments pour une convention type organisant les relations entre EHPAD et officines ; dépenses de médicaments ; prise en charge financière des dépenses de médicaments ; prise en charge financière des dépenses de dispositifs médicaux. Les fiches présentent les éléments de contexte et les enjeux du débat, puis les conclusions du groupe de travail. Les documents figurant en annexe comportent notamment les relevés de conclusions des huit réunions du groupe de travail, les résultats des enquêtes effectuées sur les dépenses de médicaments et les positions de principe de certains membres du groupe.

Jacquat D., Assemblée Nationale. Paris. FRA (2005). La mise en application de la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. Rapport de l'Assemblée nationale ; 2719. Paris : Assemblée Nationale.

La loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées a introduit trois grandes réformes : - la mise en place d'un plan d'alerte et d'urgence en faveur des personnes âgées et handicapées en cas de risques exceptionnels dans chaque département - l'institution d'une journée de solidarité permettant de financer le renforcement des interventions en faveur de l'autonomie des personnes âgées et handicapées - la création d'une caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ayant pour mission de répartir les ressources publiques destinées à financer l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées et handicapées. Conformément à l'article 86 du Règlement de l'Assemblée nationale, le présent rapport dresse un bilan quantitatif des textes d'application de la loi du 30 juin 2004 et commente ses conditions de mise en application. Il fait le point sur la mise en œuvre en 2005 de la journée de solidarité (accords et conventions, système retenu par les employeurs, cas de grève, recettes tirées de la journée) et dresse un bilan des plans d'alerte et d'urgence mis en place dans les départements (données relatives au recensement des personnes isolées, aux plans bleus et aux équipements en pièces rafraîchies dans les établissements). Il fait également le point sur les modifications apportées par la loi du 11 février 2005 et par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 au niveau des missions et de l'organisation de la CNSA.

Leonetti J., (2005). Rapport du Comité de Suivi et d'Évaluation de la Journée de Solidarité. Paris : Ministère chargé de la santé.

Après avoir présenté les objectifs d'une journée de solidarité destinée à financer des prestations sociales en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées, le rapport, dans la première partie, fait le bilan de cette première journée. Latitude avait été laissée aux partenaires sociaux de choisir une autre date que le lundi de Pentecôte : cette faculté a été peu utilisée. Dans le secteur privé, on note quelques accords de branches d'entreprises. Dans le secteur public, le lundi de Pentecôte (16 mai 2005) a été majoritairement travaillé, mais on note néanmoins 20% de grévistes. Les deux milliards d'euros de recettes récoltés lors de la journée de solidarité ont été affectés au financement des prestations sociales en faveur des personnes dépendantes. Dans la deuxième partie, le rapport propose un dispositif plus souple, plus lisible et plus équitable et suggère pour 2006, de donner plus de liberté aux entreprises et aux administrations pour l'organisation de cette journée, de créer plus de fraternité envers les personnes dépendantes dans le cadre de la proximité et de favoriser l'égalité pour permettre l'évolutivité de la mesure.

Briet R., Jamet P., Hautchamp M. (2004). Mission de la préfiguration de la CNSA : pour une prise en charge solidaire et responsable de la perte d'autonomie. Paris : Ministère chargé de la Santé.

<https://www.vie-publique.fr/rapport/26861-mission-de-prefiguration-de-la-cnsa-pour-une-prise-en-charge-solidaire>

Ce rapport est le résultat d'une Mission créée le 23 décembre 2003 dans le cadre du plan d'ensemble de solidarité pour l'autonomie, dont l'objectif était de mettre en place une Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). Ce rapport final se présente en trois parties. La première partie établit un rapide diagnostic, accompagné d'un éclairage européen, de la situation française relative à l'organisation et à la qualité des dispositifs actuels de prise en charge des personnes en situation de handicap. La seconde présente les principes qui ont guidé les rapporteurs au cours de cette mission et les grandes orientations qui ont constitué le cadre de réflexion des propositions concrètes. La troisième partie, la plus importante, présente en détail les propositions de la Mission concernant à la fois le dispositif local centré sur le département et, en miroir, le dispositif national constitué autour

de la CNS, le rôle des services de l'Etat étant abordé à chacun de ces niveaux. La mission n'avait pas vocation ni à se prononcer sur l'adaptation ou l'harmonisation des législations relatives aux personnes en situation de handicap, pas plus qu'elle n'avait à se prononcer sur le niveau pertinent et le financement collectif à allouer à cette fin. En revanche, elle a considéré que le volet institutionnel, à savoir le partage des responsabilités à organiser dans ce domaine, constituait un aspect fondamental du sujet et, à ce titre, il est apparu indispensable de lier, afin de proposer un schéma complet et cohérent, le niveau local et le niveau national.

Laroque M., Inspection Générale des Affaires Sociales. (2004). Préfiguration d'une étude prospective sur l'investissement dans le secteur médico-social pour personnes âgées. Paris : la Documentation française

<https://www.vie-publique.fr/rapport/27329-prefiguration-dune-etude-prospective-sur-linvestissement-dans-le-secte>

Le présent rapport de préfiguration d'une étude prospective sur l'investissement dans le secteur médico-social pour personnes âgées fait un point sur les données déjà disponibles ou en cours de collecte et d'exploitation en matière d'établissements et de démographie, sur les moyens du développement des investissements et propose une démarche concertée avec les principaux acteurs de ce domaine permettant de favoriser des investissements répondant aux besoins prévisibles, compte tenu du vieillissement de la population française.

Lardeux A. (2003). Rapport fait au nom de la Commission des Affaires Sociales...sur les propositions de lois portant modification de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie. Rapport ; n° 186. Paris : Sénat.

<http://www.senat.fr/rap/l02-186/l02-1861.pdf>

Ce rapport ne constitue qu'un maillon dans les propositions de loi nombreuses sur la réforme de l'allocation personnalisée d'autonomie. Pour l'actualisation du thème, voir sur les sites du Sénat, de l'Assemblée Nationale ou du Ministère chargé de la santé.

Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale. Secrétariat d'Etat à la Famille et aux Personnes Agées. (2001). Guide pratique APA : allocation personnalisée d'autonomie. Paris : Ministère chargé de la Santé

Ce petit guide pratique fait le point sur la nouvelle prestation dépendance : allocation personnalisée d'autonomie (APA). Il comprend 3 parties : l'instruction et le fonctionnement de l'APA, l'organisation et le financement, la loi et les décrets.

Terrasse P., Vasselle A. Assemblée Nationale, Sénat. (2001). Rapport sur la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et allocation personnalisée d'autonomie. Paris : Assemblée Nationale, Sénat

Le présent rapport présente en trente questions-réponses la loi du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie : les conditions d'obtention, son montant et ses usages, son entrée en application.

Sueur J.P., Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Paris. FRA / com. (2000). L'aide personnalisée à l'autonomie. Un nouveau droit fondé sur le principe d'égalité. Collection des rapports officiels. Paris : La documentation Française.

<https://www.vie-publique.fr/rapport/24285-laide-personnalisee-lautonomie-un-nouveau-droit-fonde-sur-le-prin>

Ce rapport propose un dispositif d'ensemble permettant la mise en œuvre dans des délais rapprochés d'une nouvelle prestation, "l'aide personnalisée à l'autonomie" destinée aux personnes âgées dépendantes. L'attribution de cette prestation serait un droit mis en œuvre dans les mêmes conditions sur l'ensemble du territoire. Il est proposé que cette nouvelle prestation se substitue à l'actuelle "prestation spécifique dépendance" et à une part des prestations prises en charge par les caisses de retraite au titre de leur action sociale extra-légale. La première partie du rapport présente les principes qui justifient cette réforme. Les secondes et troisièmes parties détaillent les modalités de sa mise en œuvre à court et moyen terme. Ce rapport ne concerne, pour l'essentiel, que les personnes âgées dépendantes à domicile.

Conseil d'Etat. (1999). Aide sociale, obligation alimentaire et patrimoine. Les études du Conseil d'Etat. Paris : La documentation française.

La législation de l'aide sociale est devenue particulièrement complexe en raison de multiples modifications apportées au décret du 29 novembre 1953 « portant réforme des lois d'assistance ». Au cours des années, la tendance a été d'instituer des règles spécifiques à chaque modalité de l'aide sociale (aide médicale, aide aux personnes handicapées, aide aux personnes âgées...). La complexité réside également dans le partage de compétences entre les collectivités publiques, qui attribuent le bénéfice de l'aide sociale et fixent le montant, et les juridictions civiles qui déterminent l'existence et le montant des obligations alimentaires. Elle réside enfin dans la multiplicité des instances de décision, puisque l'aide sociale est désormais enregistrée par les collectivités locales, et notamment le département. A la demande du Gouvernement, le Conseil d'Etat s'est interrogé sur la pertinence, à l'aube du XXI<sup>e</sup> siècle, alors que la vie humaine s'est considérablement allongée et que la solidarité familiale est de plus en plus sollicitée, du principe de subsidiarité de l'aide collective par rapport à l'aide à la famille

Guinchard-Kunstler P. (1999). Vieillir en France : enjeux et besoins d'une nouvelle orientation de la politique en direction des personnes âgées en perte d'autonomie. Paris : la documentation française.

<https://www.vie-publique.fr/rapport/25489-vieillir-en-france-politique-personnes-agees-en-perte-dautonomie>

Après une analyse de la dépendance des personnes âgées en France, ce rapport fait des propositions pour une prise en charge plus juste et plus solidaire des personnes âgées en perte d'autonomie. Ces propositions se regroupent autour des axes suivants : changer le regard de la vieillesse, organiser une nouvelle prise en charge, renforcer l'aide aux familles, adapter le logement aux enjeux du grand âge, organiser l'hébergement, améliorer les réponses hospitalières, professionnaliser la prise en charge.

Boulard J.C., rapp. (1991). Rapport d'information sur les personnes âgées dépendantes : vivre ensemble. Paris : Assemblée nationale.

Rapport de la Mission parlementaire sur la dépendance des personnes âgées. L'accent est mis sur les questions de financement de la prise en charge de cette population. La Mission

parlementaire propose donc des aménagements et des améliorations concernant la prise en charge médicale, l'allocation autonomie et dépendance, allocation de soutien à domicile et les formules d'hébergement collectif.

Schopflin P./ prés. (1991). Dépendance et solidarités : mieux aider les personnes âgées : rapport de la commission présidée par M. Pierre Schopflin. Paris : Documentation Française.

En dépit de la politique menée en France depuis une quinzaine d'années, les personnes âgées qui subissent une perte d'autonomie ne se voient pas toujours proposer une réponse adaptée à leur situation de dépendance. Le gouvernement a donc décidé, en novembre 1990, la création au Commissariat Général, d'une Commission chargée de faire des propositions concrètes pour améliorer la prise en charge de la dépendance. Énonçant les principes de dignité et de liberté qui doivent guider l'action des pouvoirs publics, la Commission a formulé quatre séries de propositions : instituer une prestation nouvelle complétant la prise en charge de la dépendance ; améliorer et réformer l'hébergement des personnes âgées dépendantes ; renforcer l'efficacité du maintien à domicile ; créer un service de suivi médico-social de personnes âgées dépendantes.

Braun T., Stourm M. (1988). Les personnes âgées dépendantes : Rapport au Secrétaire d'Etat chargé de la Sécurité sociale. Collection des Rapports Officiels. Paris : La Documentation Française.

Ce rapport est publié par la Commission nationale d'étude sur les personnes âgées dépendantes. Il a été rédigé en 1987. Le vieillissement de la population française constituant un réel problème de société et de santé publique, la Commission analyse d'abord la situation existante et les évolutions prévisibles, puis dans une deuxième partie, elle fait des propositions : mise en œuvre d'une prévention efficace, priorité au soutien à domicile, développement du secteur médico-social, utilisation de la décentralisation, nouveaux financements, mise en place d'une formation adaptée et création d'une structure gouvernementale de coordination.

Benoist D. (1985). Avis et rapport concernant les problèmes médicaux et sociaux posés par les personnes âgées dépendantes : Paris : Conseil économique et social

Gadreau M., Lemery B. (1984). L'opportunité économique et sociale de soutien à domicile des personnes âgées : Paris : Commissariat Général du Plan.

Conseil Economique et Social. (1983). Le vieillissement démographique et ses conséquences économiques et sociales : Paris : Conseil économique et social.

Commissariat Général du Plan. (1978). Action sanitaire et sociale en faveur des personnes âgées. Paris : CGP.

Laroque P. / prés. (1962). Politique de la vieillesse : rapport de la commission d'étude des problèmes de la vieillesse : Paris : La documentation Française.

## Rapports divers, ouvrages



Fontaine, R., Gramain, A., Wittwer, J., et al. (2021). "Sur quels principes fonder une nouvelle politique publique de prise en charge des personnes âgées dépendantes ?". In: [Le système de santé français aujourd'hui : enjeux et défis.]. Paris : Éditions Eska: 105-125.

Quels que soient les arbitrages rendus par les pouvoirs publics, le débat sur les sources de financement de la perte d'autonomie laisse aujourd'hui sans réponse la question toute aussi essentielle des principes de solidarité devant s'appliquer dans l'allocation des ressources publiques entre personnes âgées dépendantes, que ce soit au regard de leur niveau de dépendance, des types de besoins à couvrir, de leur lieu de résidence, de leurs ressources matérielles, de l'aide familiale mobilisable ou effectivement mobilisée, etc. Cette contribution analyse les principes de solidarités publiques aujourd'hui mis en œuvre et discute de leurs évolutions dans le cadre de la nouvelle branche autonomie (résumé d'auteur).

HCFEA (2021). "Comparaison des coûts de prise en charge d'une personne en perte d'autonomie selon le lieu de vie (Domicile ou Ehpad)", Paris : HCFEA  
<https://www.hcfea.fr/IMG/pdf/notecoutselonlieuxdevie16.11.2021.pdf>

Dans cette note, le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge analyse le coût de la prise en charge selon le lieu de vie des personnes âgées dépendantes. Qu'il s'agisse de l'État ou des ménages, le domicile présente la solution la moins onéreuse, à quelques exceptions près.

Lustman, F. éd. (2021). "Construire une nouvelle solution solidaire et transparente face à la dépendance liée à l'âge : livre blanc". Paris Fédération française des assurances.  
[https://www.klesiaprosocial.fr/docs/ffa-livre-blanc\\_2\\_-\\_dependance-interactif\\_1.pdf](https://www.klesiaprosocial.fr/docs/ffa-livre-blanc_2_-_dependance-interactif_1.pdf)

À quelques mois de l'élection présidentielle, la Fédération Française de l'Assurance (FFA) publie un livre blanc présentant une nouvelle proposition de prise en charge de la dépendance, coconstruite avec la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF). La proposition est une garantie solidaire, qui apporterait aux Français une solution concrète face à la perte d'autonomie, accessible à tous, à moindre coût.

Nezosi, G. (2021). "La protection sociale", Paris : La Documentation française

Cette nouvelle édition présente la protection sociale en France en 2021, à l'aune notamment du véritable tsunami causé par la crise sanitaire sur les comptes sociaux (un déficit record de 72 milliards d'euros est attendu au titre de 2020 et les années suivantes devraient connaître des déficits élevés). Il est aussi question du risque dépendance, institué par les lois du 7 août 2020 en tant que cinquième branche de la Sécurité sociale et qui devrait connaître un très fort développement avec le vieillissement de la population française et l'élévation de l'espérance de vie.

Or, Z. et Penneau, A. (2021). "Long-Term Care in France: The Loose Connection Between Pricing, Costs and Quality with Regional Inequalities". WKC Policy Series on Long-Term Care N° 2: France. Oms.  
[https://extranet.who.int/kobe\\_centre/sites/default/files/France\\_policy%20brief\\_5\\_0.pdf](https://extranet.who.int/kobe_centre/sites/default/files/France_policy%20brief_5_0.pdf)

Older people with long-term care (LTC) needs often require interventions of many actors in the medical and social care fields. In France, the increasing number of older people with LTC

needs creates new challenges for the health system. High quality, accessible LTC services are essential for strengthening the quality and efficiency of the health system.

Or, Z. et Penneau, A. (2021). "Pricing long-term care for older persons: case study. France". Oms. [https://extranet.who.int/kobe\\_centre/sites/default/files/pdf/France\\_draft.pdf](https://extranet.who.int/kobe_centre/sites/default/files/pdf/France_draft.pdf)

The French long-term care (LTC) sector is complex with multiple funders and care providers managed by different levels of government. While the statutory health insurance (SHI) system allows a unified and relatively good coverage of medical LTC needs, the type and funding of the personal and social LTC services vary depending on the local authority. This has resulted in large differences across French départements in prices of personal LTC services and out-of-pocket payments faced by the recipients. Prices and payment mechanisms used for funding providers vary also for medical and personal LTC services. Regardless, none of the payment mechanisms take into account the quality of service providers. Lack of information on actual costs and care quality of the LTC providers hinders the capacity for improving the quality and efficiency of care provision in the LTC sector. This chapter provides an overview of the funding and price setting mechanisms used in the LTC sector today in France, with the objective of staging the mechanisms used and issues raised. It first presents the main providers involved in the LTC sector and the major institutions responsible for funding and managing LTC services. By analyzing price setting mechanisms for different providers, we aim to identify major issues and possible solutions for advancing LTC services in France and in other countries. Des études de cas pour d'autres pays sont consultables à cette adresse :

CNSA (2020). "Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2019". Paris CNSA.

<https://www.cnsa.fr/documentation-et-donnees/publications-de-la-cnsa/les-chiffres-cles-de-laide-a-lautonomie>

La neuvième édition des Chiffres clés de l'aide à l'autonomie met à la disposition des acteurs et des décideurs du secteur médico-social les données disponibles en 2018. La CNSA consacre, par ses ressources propres et les crédits d'assurance maladie qu'elle gère, plus de 26 milliards d'euros au financement des politiques d'aide à l'autonomie, destinés aux personnes âgées et aux personnes handicapées. S'y ajoutent, notamment, des financements de l'Etat, de la Sécurité sociale et des départements. Soit un ensemble de réponses qui doivent progresser et mieux s'articuler pour renforcer la solidarité pour l'autonomie.

D'Albis, H., Bonnet, C., Chojnicki, X., et al. (2020). "Financing the Consumption of the Young and Old in France". halshs-02076546. Hal.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/padr.12204>

A better understanding of the resource allocation across ages is fundamental to put in place welfare reforms in the context of population ageing. In times of major demographic change, the redistribution of resources between age groups and the funding of the economically inactive aged remains recurring topic of public debate and a major public policy concern in OECD countries. Governments search for a policy mix that will improve the quality of life of the elderly, while at the same time investing in the future of the young and reducing the fiscal burden on the working population. Life expectancy and education requirements are increasing while budget constraints are tightening. This potentially creates tension in the allocation of resources between age groups (Preston 1984; Lee and Mason 2011a). By applying the methodology of National Transfer Accounts (NTA), this article analyzes for France (1) how the funding of consumption (public and private) is secured at each age; (2)

how the funding of consumption has changed over recent decades; and (3) how the consumption is financed compared to that of other countries (China, Germany, Japan, Sweden, United Kingdom, and United States). We consider three sources for financing consumption: the State (net transfers and in-kind services), individuals themselves (income and assets), and families (inter vivos transfers, excluding bequests, following the NTA methodology) (United Nations 2013b).

(2018). "Dépendance : les enseignements oubliés du rapport du HCAAM « Assurance maladie et perte d'autonomie » (2011)". Paris Terra Nova.

<http://tnova.fr/notes/dependance-les-enseignements-oublies-du-rapport-du-hcaam-assurance-maladie-et-perse-d-autonomie-2011>

Le vieillissement de la population, qui se traduit par des gains de temps de vie en bonne santé, crée aussi des situations plus fréquentes de pertes d'autonomie liées au grand âge. La prise en charge de cette dépendance est aujourd'hui insuffisante, malgré la création de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en 2002. Le débat politique, plusieurs fois esquissé et reporté, sur la création d'un "cinquième risque" est longtemps resté au point mort, comme s'il inquiétait tous les acteurs. On craint en particulier une dépense immaîtrisable qui viendrait heurter les objectifs de resserrement des dépenses de santé. Pourtant, la dépense actuelle de 6 milliards d'euros (en 2017) ne représente qu'une modeste fraction des dépenses de santé (100 milliards pour les dépenses hospitalières). Mais surtout, des expérimentations locales montrent que la bonne prise en charge des personnes dépendantes ne signifie pas toujours une hausse des dépenses globales. La particularité de la dépendance du grand âge est en effet qu'elle associe du soin médical et de l'aide à l'autonomie, du cure et du care. Or, mieux on accompagne les personnes âgées dans leur vie quotidienne, plus on évite des dépenses de soins, notamment hospitaliers. A l'inverse, moins on anticipe les besoins des personnes, plus on doit recourir à des prises en charge médicales et hospitalières mal calibrées et inutilement coûteuses. Il est donc essentiel, avant de parler budget et financement, de bien caractériser la spécificité de la prise en charge de la dépendance du grand âge afin de définir les formes collectives de solidarité les plus adaptées à la qualité de l'accueil et à la continuité des parcours de santé qui est le besoin essentiel des personnes âgées en perte d'autonomie. C'est ce que propose cette note qui invite notamment à réexaminer les analyses et conclusions d'un rapport de 2011 du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

(2018). "La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie : des missions mieux assurées, des progrès à poursuivre". In: [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 2013<sup>64</sup>, 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).

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.

Fontaine, R. (2018). "Le financement de l'aide à l'autonomie : comment adapter notre système de protection sociale au défi du vieillissement ?" Recherche Sur Le Vieillissement (13)  
[www.ined.fr/fichier/rte/65/Lettre\\_dinformation\\_13\\_ILVV\\_juin\\_2018.pdf](http://www.ined.fr/fichier/rte/65/Lettre_dinformation_13_ILVV_juin_2018.pdf)

Les dépenses d'aide à l'autonomie des personnes âgées représentaient au total près de 30 milliards d'euros en 2014. Environ 79 % de ces dépenses sont aujourd'hui couvertes par des financements publics, le reste étant laissé à la charge des ménages confrontés à une situation de perte d'autonomie.

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 ».

(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 HCFA

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.

(2017). La situation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en 2016. Paris CNSA

Ce rapport présente la situation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en 2016, en analysant le coût global de la prise en charge des

résidents des EHPAD. Les données traitées sont présentées par grand thème : la description des EHPAD, celle des résidents, l'analyse de l'activité des EHPAD et le coût de ces accompagnements pour l'assurance maladie. La réforme du financement des EHPAD étant effective depuis le lancement de la campagne budgétaire 2017, une première analyse de son impact financier y est également proposée, intégrant les simulations effectuées sur le volet dépendance de la réforme.

(2016). Etude des prestations d'aide et d'accompagnement à domicile et des facteurs explicatifs de leurs coûts. Paris CNSA

L'étude nationale de coûts sur les prestations d'aide et d'accompagnement à domicile menée entre septembre 2014 et février 2016 sur un échantillon de 44 structures fait ressortir trois facteurs principaux de variation du coût horaire : la convention collective, la taille du service et le taux de présence à domicile. Elle met en évidence le fait que le volume des plans d'aide est fortement lié au niveau de dépendance des personnes et qu'ils présentent une certaine homogénéité par profil de public.

Bozio, A., et al. (2016). "Quelles politiques publiques pour la dépendance ?" Notes Du Conseil d'analyse Economique (Les) (35)

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

Cap Retraite (2014). La France face au coût de la dépendance des personnes âgées. Analyse à l'échelle nationale et départementale. Paris Cap Retraite

Le regard porté sur les personnes âgées, et plus particulièrement sur les personnes âgées en perte d'autonomie, a largement évolué au cours des dernières décennies. En 2002, la prise en charge de cette dépendance est nommée « priorité nationale », avec la mise en place de « l'Allocation Personnalisée d'Autonomie » (APA). La gestion de cette prestation, qui permet également de soutenir les plus de 60 ans dans un état de dépendance légère, est confiée aux départements, avec l'assistance de l'État. Mais son financement, au regard de la démographie, constitue un défi majeur à relever. Cap Retraite livre ici son analyse du coût de la dépendance des personnes âgées en France, à l'échelle nationale et départementale, et tente de répondre à différentes questions. Qui bénéficie d'une aide à la dépendance et dans quelle mesure ? Quels départements sont les plus exposés à la dépendance et quelles en sont les répercussions sur leurs finances ?

Fontaine R., Perronnin M., Sirven N., et al. (2014). Comment la perception du risque de dépendance influence-t-elle la demande de couverture ? Premiers enseignements de l'enquête ESPS. In : Enquête sur la santé et la protection sociale 2012. Paris : Irdes

<https://www.irdes.fr/recherche/rapports/556-enquete-sur-la-sante-et-la-protection-sociale-2012.pdf>

Les données utilisées dans ce chapitre sont celles de l'enquête Santé protection sociale (ESPS) 2012. Cette enquête a été enrichie d'un volet dépendance qui permet de recueillir des informations relatives au risque dépendance des 50 ans et plus, notamment leur perception

de ce risque, et leur situation assurantielle face à ce risque. L'enquête ESPS permet également de disposer des caractéristiques socio-économiques et médicales du patient, de données permettant de construire un indicateur de risque dépendance ainsi que d'indicateurs d'aversion au risque et de de prévoyance.

Billaud S., Gramain A., 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.

Lautier S., Loones A. Rose N. (2011). Le financement de la perte d'autonomie liée au vieillissement. Regards croisés des acteurs du secteur. Paris : Credoc.

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.

Bloch-London C., Gibelin J.L., Gourguechon G., Khalfa P., Marty C. / coord. (2011). Dépendance perte d'autonomie. Affaire privée ou Sécurité sociale ? Paris : éditions Syllepse

Le président de la République a décidé de faire de la dépendance une priorité. On ne pourrait que s'en féliciter, si, derrière des propos qui se veulent humanistes et généreux sur la nécessaire dignité des personnes âgées, ne se profilaient des projets inquiétants. Ils visent tous à remettre en cause les principes fondateurs de la Sécurité sociale basés sur la solidarité nationale. Il s'agit de privatiser la prise en charge des personnes en perte d'autonomie en faisant appel aux assurances privées. Cette expérimentation pourrait servir d'exemple pour être ensuite étendue à d'autres risques couverts aujourd'hui par la Sécurité sociale. Pourtant, d'autres solutions existent : étendre le champ d'intervention de la Sécurité sociale, financer les besoins par une meilleure répartition des richesses produites. Enjeu de société essentiel, la gestion de la perte d'autonomie soulève à la fois la question des solidarités et celle de l'égalité entre les femmes et les hommes (4ème de couv.)

Broussy L. (2011). Pour une prise en charge solidaire et pérenne du risque dépendance. Paris : Terra Nova.

<http://tnova.fr/rapports/dependance-pour-une-prise-en-charge-perenne-et-solidaire>

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.)

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

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.

Ufc Que Choisir (2011). Prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées : pour un nouveau schéma de financement : Paris : UFC Que Choisir.

<https://www.quechoisir.org/dossier-de-presse-prise-en-charge-de-la-perde-d-autonomie-des-personnes-agees-pour-un-nouveau-schema-de-financement-n11847/>

Dans cette publication L'UFC-Que Choisir présente ses propositions relatives à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées, afin d'apporter une réponse concrète et durable aux restes à charge insupportables subis par les ménages. L'étude montre tout d'abord que les contrats d'assurance dépendance, dont certains appellent le développement, s'avèrent une solution inefficace techniquement et socialement injuste pour prendre en charge la perte d'autonomie. Moins de deux millions de Français bénéficient aujourd'hui d'une réelle couverture assurantielle contre ce risque, par des produits largement insatisfaisants pour le consommateur.

Union nationale des associations familiales (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.

Chevreul K. (2010). Les patients en service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) : Le coût de leur prise en charge et ses déterminants. Paris : URC ECO.

<http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/SSIAD.pdf>

La prise en charge des personnes âgées doit faire face au défi que constitue l'allongement de la vie, qui augmente de 3 mois par an. En France aujourd'hui, on comptabilise 12,1 millions de personnes nombre de nos concitoyens octogénaires va doubler dans les dix prochaines années et ils seront 4 millions en 2020. Ce phénomène de vieillissement de la population s'accompagne d'une diminution des aidants naturels puisque d'après les projections démographiques de l'Insee, le nombre de personnes de 50 à 79 ans, qui aujourd'hui constituent la majorité des aidants, devrait augmenter de 10 % environ entre 2000 et 2040 alors que le nombre de personnes âgées dépendantes devrait progresser de 53 % selon le scénario central des projections du nombre de personnes âgées dépendantes. Le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes nécessite de trouver des solutions en matière de prise en charge afin de rendre effective leur liberté de choix de rester chez elles si elles le souhaitent et si leur état de santé le permet. Première étude nationale sur le sujet, portant sur plus de 2 000 patients, cette enquête permet de mieux connaître la réalité des services de soins infirmiers à domicile, leurs modalités d'organisation et de fonctionnement, le niveau de dépendance, les déficiences et pathologies pris en charge et d'en objectiver les coûts. Elle constitue un préalable aux réflexions en cours sur la réforme de la tarification des SSIAD et sur la mise en place de nouvelles prises en charge, qu'il s'agisse de la constitution d'équipes spécialisées pour dispenser une prestation d'accompagnement et de réhabilitation des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou encore de la réalisation des soins d'accompagnement de fin de vie.

Ernst & Young (2010). Les départements face au risque de la dépendance. L'Allocation personnalisée d'autonomie : vers une mesure prospective des risques démographiques et financiers : Paris-La Défense : Ernst & Young.

<https://fr.readkong.com/page/face-au-risque-de-la-dependance-5883138>

Ce rapport est consacré à l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) et ses conséquences sur le budget des départements. Après avoir exposé des données de cadrage, ce document tente d'apprécier le risque APA à travers la part du budget des départements consacrée à l'APA. En raison de la dispersion des montants de ces budgets – très variables d'un département à l'autre -, il est apparu essentiel de s'interroger sur les facteurs qui peuvent expliquer les disparités. Pour chaque département, il a analysé les corrélations entre le budget APA et ses déterminants démographiques : le nombre d'habitants du département, la proportion de personnes âgées, le nombre de bénéficiaires.

Lagoutte C. (2009). Vieillesse, santé et protection sociale : du local à l'Europe. Essais et documents. Paris : Le Manuscrit

Les pays de l'union européenne sont confrontés à un problème de financement des dépenses de protection sociale en raison, notamment, du vieillissement de la population et de la



dépendance des personnes âgées. Ce problème est ici étudié en trois parties : 1-Impact du vieillissement démographique sur la protection sociale ; 2-Quelles solutions au problème de financement des retraites ? 3-La prise en charge de la dépendance : entre théorie et réalité.

Barbier J.M. (2008). Aide à l'autonomie : pour la reconnaissance d'un nouveau champ de protection sociale, *L'année de l'action sociale 2008 : vers la création d'une nouvelle branche de protection sociale* (pp. 24-29). Paris : Dunod

Bui Q.H., Bui Q.M. (2008). Les coûts des maisons de retraite. Recherches en gestion. Paris : L'Harmattan

Cet ouvrage s'intéresse à la structure des coûts des institutions pour personnes âgées par une triple approche, descriptive, normative et analytique. Il s'organise en quatre parties. La première abordera l'évolution du cadre juridique des structures d'accueil des personnes âgées : des hospices aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). La deuxième partie mettra en avant la typologie des coûts ainsi que leur utilisation comme critères de planification, de contrôle et de calcul budgétaire. La troisième partie montrera les limites dans l'utilisation du calcul des coûts complets et de sa variance, l'imputation rationnelle. La dernière partie conduira à une réflexion vers une gestion pertinente en comparant les modalités de calcul des coûts en France et en Grande Bretagne

Montalembert M. (2008). Handicap, vieillissement, autonomie. In M. Montalembert (Ed.), *La protection sociale en France : les notices*. (pp. 144-150). Paris : La Documentation Française

Vinsonneau A., Villez A., Lauvray I. (2008). 5e risque, 5e branche, et finalement nouveau champ de la protection sociale, *L'année de l'action sociale 2008 : vers la création d'une nouvelle branche de protection sociale* (pp. 12-21). Paris : Dunod

Brun E., De Pourville G., Université Paris Sud 11 Orsay. Faculté de Droit Economie Gestion. Sceaux. FRA / com. (2007). La prise en charge de la perte d'autonomie au grand âge en France et chez nos voisins européens : une analyse du point de vue de l'éthique économique et sociale. Thèse d'Université pour l'obtention du titre de Docteur en Sciences Économiques. Paris : Université Paris Sud XI.

La première partie s'attachera à cerner, expliciter et assimiler dans une perspective comparative, les concepts clés de l'équité économique et sociale, pour aborder les différentes questions que soulève la prise en charge de la perte d'autonomie au grand âge. Nous verrons ensuite dans une deuxième partie comment la France et ses voisins européens font face aux enjeux du vieillissement de la population. Enfin, dans une troisième partie, nous chercherons à interpréter les politiques et les réformes menées au sein de ces pays en nous appuyant sur les outils théoriques à notre disposition. La sélection des pays à l'étude a été faite dans le but d'apporter divers modèles qui ont des points communs et comportent assez d'originalité pour introduire des pistes de réflexion pour la recherche de nouvelles façons de faire. L'échantillon couvre aussi bien des pays dont la population est encore jeune que d'autres qui connaissent un vieillissement important de leur population. En tout, six pays ont été retenus, qui sont la France, l'Allemagne, les Pays-Bas, la Suède, le Royaume-Uni et l'Espagne. (Extrait Introduction)

Piveteau D., Gueguen J.Y. (2007). CNSA : 2006, une année de fondation, *L'année de l'action sociale 2007. Protection de l'enfance, prévention de la délinquance : les nouvelles frontières de l'action sociale* (pp. 119-130). Paris : Dunod

Ce chapitre présente la Caisse Nationale de Solidarité pour l'autonomie : contexte de mise en place, missions et fonctionnement.

Cribier F., Feller E. (2005). Cahier d'histoire de la Sécurité sociale ; n° 1. Paris : Association pour l'Etude de l'Histoire de la Sécurité Sociale, Paris : La Documentation Française

L'allongement de la durée de vie, qui porte surtout désormais sur la vie au-delà de 60 ans, est un phénomène historique de première grandeur, comme l'ont été en leur temps l'urbanisation et l'industrialisation. Dans une vingtaine de pays avancés, où le salariat s'est généralisé, et où l'État moderne a pris la responsabilité des transferts des actifs vers les retraités, des bien-portants vers les malades, vivent aujourd'hui les premières populations dont la grande majorité des sujets, en partie grâce aux progrès de la médecine et de l'accès aux soins, atteignent un âge élevé, et où la vieillesse dure plus longtemps que l'enfance. Cette transformation est venue sans qu'on l'ait prévue. Aucune des grandes prophéties sociales du 19e siècle ne l'avait annoncée, la situation actuelle est sans précédent, et l'évolution difficile à prévoir. La protection sociale de la vieillesse est une préoccupation majeure de nos sociétés occidentales. Comment aménager des systèmes de retraite conçus dès le 19e siècle dans une Europe en voie d'industrialisation, et généralisés au milieu du 20e siècle en période de plein emploi, quand en France il y avait 22 retraités pour 100 actifs pourvus d'un emploi, tandis qu'ils sont 44 aujourd'hui, et pourraient être 80 au milieu du 21e siècle ? Comment assurer dans ces conditions une pension décente à des hommes et des femmes, qui n'auront pas tous eu un accès régulier au marché du travail, alors que le nombre de cotisants du régime général, même dans l'hypothèse favorable, ne progresserait en 40 ans que de 10%. Quelles formes nouvelles de solidarité envers les plus âgés faut-il imaginer, quand le soutien familial et les formes existantes de prise en charge ne suffisent pas à répondre à l'extension des besoins ? De 1990 à 1999, le nombre des personnes de 85 ans et plus est passé d'un peu plus d'un million à 1 423 500. Or la demande de soins des gens âgés est depuis 15 ans en forte expansion, et les institutions médicalisées de long séjour sont insuffisantes pour y faire face. Le grand âge reste pour beaucoup de nos contemporains une période d'insécurité, et l'opprobre qui pesait hier sur les "vieillards indigents" touche désormais l'ensemble des gens "dépendants", dans tous les milieux sociaux ! Comment alors respecter le principe d'équité sur lequel doit reposer le contrat entre générations ? Pour replacer ces évolutions dans leur contexte, et aborder ces questions avec le recul nécessaire, ce Cahier propose un éventail de contributions, venues de plusieurs horizons et de plusieurs disciplines, histoire, sociologie, gérontologie sociale, économie, sciences sociales de la santé.

Greiner D., Demuijnck G. (2003). Justice distributive de dépendance : comparaison France - Allemagne, La sécurité sociale dans une société de longue vie. Anvers

Cette contribution compare la mise en place des systèmes de prestations en faveur des personnes dépendantes en Allemagne et en France. Sur la base des théories contemporaines de la justice, les auteurs ont élaboré un questionnaire qui sert à révéler les préférences éthiques endossées par les institutions de ces deux pays européens. Les principales interrogations normatives soulevées par la perte d'autonomie sont dégagées ainsi que l'évolution récente de la prise en charge des personnes dépendantes. Ils montrent que les modes de prise en charge choisis traduisent des options morales différentes de la dépendance en termes de besoins, de responsabilité individuelle et familiale.

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

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

Nogues H. (2003). De l'aide-ménagère à la PSD : les avatars des prestations d'aide à domicile, La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe ? (pp. 133-155). Rennes : PUR

Ce chapitre s'intéresse aux difficultés de financement des associations et des services publics intervenant auprès des personnes âgées à domicile. Comprendre ces difficultés suppose d'analyser les conditions de fonctionnement du système de prise en charge des personnes âgées à domicile par les services d'aide-ménagère. Le système initial mis en place a donné aux différents acteurs des degrés de libertés ou leur a imposé des contraintes qui ont rendu difficile la réalisation de l'équité entre personne âgée et ralenti le processus de professionnalisation du métier. La crise de la protection sociale, la persistance d'un déficit d'emplois et l'extension de la sphère marchande à finalité lucrative accroît singulièrement l'incertitude qui pèse sur les activités de ce secteur

Weber F. / dir., Gojard S. / dir., Gramain A. / dir. (2003). Charges de famille : dépendance et parenté dans la France contemporaine. Textes à l'appui / enquêtes de terrain. Paris : Editions de la Découverte

Cet ouvrage présente la première étape ethnographique d'une recherche collective sur la prise en charge des personnes. L'objectif premier de l'étude est d'analyser comment sont prises en charges les personnes qui ne peuvent pas vivre seules, comment les charges financières, matérielles, affectives, morales sont partagées au sein des familles entre les familles et les aides à domicile, entre familles, associations, marché et Etat. L'objectif second est d'entrer dans les familles pour comprendre comment les responsabilités de chacun envers les plus fragiles y sont distribuées, déléguées, refusées ..., de revisiter les frontières trop évidentes entre amour et intérêt, entre lien familial et salariat, entre gratuité et rémunération des tâches en combinant perspectives économique, anthropologique et sociologique. A partir d'enquêtes ethnographiques, les auteurs reprennent le chantier théorique de l'analyse de la parenté, tout à la fois affaire de droit, d'obligations morales, d'affectivité, de patrimoine et d'entraide (D'après le 4e de couverture)

(2002). Note d'information DGAS/2 C n° 2002-536 du 23 octobre 2002 relative à l'allocation personnalisée d'autonomie. Bulletin Officiel, (47)

<http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-47/a0473691.htm>

Cedelle J.M., D'Avino I., Formenti D. (2002). L'assurance dépendance. Problématique humaine et stratégie patrimoniale. Paris : Editions de Verneuil

Cet ouvrage s'intéresse aux implications financières de la dépendance des personnes âgées. Il analyse les moyens disponibles pour mettre en œuvre une stratégie destinée à couvrir les conséquences financières du risque dépendance. Après avoir délimité les caractéristiques de la dépendance et ses implications, il présente et analyse les solutions légales et économiques

existantes. Il développe enfin les outils financiers et juridiques utilisables dans une stratégie patrimoniale.

Hilberer-Rouzic P. (2002). L'allocation personnalisée d'autonomie. Paris : MB Editions

Cet ouvrage procède à une analyse détaillée de la loi créant l'APA et des quatre décrets d'application. Il présente notamment les fondements de ce dispositif, sa gestion, la détermination de son montant. Il fait également le point sur les incidences de l'APA sur la réforme de la tarification des EHPAD (Etablissements d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes) et sur la coordination gérontologique.

Akiyama M., Bavagnoli C., Berezyiat F.e.A. (2000). La prise en charge des personnes âgées dépendantes. Promotion 1999-20001 "Nelson Mandela". Paris : ENA.

La montée de la dépendance chez les personnes âgées met à l'épreuve la solidarité familiale et pose à la société un défi majeur. C'est dans ce contexte que le Premier ministre a prononcé, lors d'une déclaration sur l'avenir des retraites le 21 mars 2000, une refonte prochaine de l'une des composantes de la prise en charge de la dépendance : la prestation spécifique dépendance. Ce mémoire élabore, en premier lieu, un diagnostic non seulement de la PSD, mais également du système de prise en charge de la dépendance au regard des exigences d'équité et d'efficacité de la réponse apportée aux personnes. A la lumière de ce bilan et des expériences étrangères comparables les plus récentes, il propose une révision des conditions d'accès, du contenu, du mode de gestion et de financement de la PSD. Enfin, il démontre que cette réforme doit s'accompagner d'une évolution de la politique gérontologique, en termes de coordination, d'offre de services et de prévention.

Joel M.E. (2000). La construction difficile d'une mesure macroéconomique : l'exemple de la dépendance des personnes âgées, Obligation alimentaire et solidarités familiales. Entre droit civil - protection sociale et réalités familiales (pp. 265-273). Paris : Librairie générale de droit et de jurisprudence – EJA

Ce chapitre s'intéresse aux aspects macro-économiques du problème de la dépendance des personnes âgées. Il s'agit ici d'examiner les données économiques existantes pour estimer le montant de l'effort collectif déjà réalisé. Il montre que les données macro-économiques sont limitées par la divergence des pratiques dans le secteur médico-social des personnes âgées, ce qui réduit les possibilités d'une intervention économique cohérente. Il analyse ensuite les problèmes méthodologiques que soulèvent ces mesures et s'interroge sur les perspectives de développement statistique.

Joel M.E. (2000). La protection sociale des personnes âgées en France. Que sais-je ? ; 3577. Paris : Presses Universitaires de France

Pour donner la vision la plus claire du système très éclaté de protection sociale destiné aux personnes âgées, cet ouvrage analyse successivement les contraintes démographiques, la constitution des revenus, l'organisation des soins, le dispositif social et médico-social, et l'origine de la prestation spécifique dépendance. Il dresse, enfin, les perspectives d'évolution du système de retraites à partir du double phénomène du vieillissement de la population et des sorties précoces d'activité.

Legrand P. (2000). Le secteur médico-social (loi de 1975). Méthodes et pratiques. Paris : Berger-Levrault

On propose une étude approfondie des dispositions de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales et de ses implications. L'auteur présente une approche économique, juridique et statistique de la prise en charge, en établissement spécialisé ou à domicile des personnes handicapées et des personnes âgées. Il étudie ce type de clientèle, les problèmes liés à la création et la coordination du secteur médicosocial, son financement, son statut. La recherche d'une action qualitative n'est pas exclue.

Marcillat H. (2000). Vieillesse et société : le rendez-vous manqué. Pratiques du champ social. Ramonville-Saint-Agne : Erès

Il existe un écart important entre les récits des vieilles personnes sur leur situation quotidienne et les politiques publiques menées dans leur direction. A travers quelques « histoires » de personnes âgées, cet ouvrage fait une analyse sociopolitique de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées et dénonce l'approche comptable de la bureaucratie gérontologique, en France. Il tente une analyse des éléments qui sont intervenus dans la mise en place de la prestation spécifique dépendance (loi de janvier 1997), montre les failles du dispositif, et propose quelques pistes pour une amélioration de la prise en charge de la dépendance, grand défi du nouveau millénaire.

Ballinger D., Davigo V., Delatouche S., Fay M., Monti V., Centre National d'Etudes Supérieures de Sécurité Sociale. (C.N.E.S.S.S.) / com. (1999). La prestation spécifique dépendance et les organismes de Sécurité sociale. Mémoire de fin d'études, Cnesss, 38e promotion. Saint-Etienne : CNESSS.

Afin de répondre à l'inadaptation de la prise en charge des personnes âgées dépendantes en France, la loi du 25 juillet 1994 a instauré la prestation expérimentale dépendance (PED), et celle du 24 janvier 1997, la prestation spécifique dépendance. Dans ce contexte, l'objet de ce mémoire est de réfléchir au rôle que peuvent jouer les organismes de protection sociale dans la gestion du dispositif de prise en charge de la dépendance, ainsi qu'aux modalités d'organisation de la coordination institutionnelle qui implique les organismes de Sécurité sociale dans le dispositif. Car si la loi du 24 janvier 1997 a instauré un dispositif novateur introduisant une nouvelle conception de la dépendance et une amélioration des méthodes d'évaluation, elle a donné naissance à un dispositif complexe, générateur d'inégalités et d'opacité pour les personnes âgées. De plus, la coordination institutionnelle s'avère difficile à mettre en œuvre au quotidien du fait d'un manque de volonté politique. C'est pourquoi face aux rigidités du système actuel, de nombreux acteurs réclament la création d'un cinquième risque pris en charge par les organismes de Sécurité sociale, revendication à laquelle le gouvernement répond par des mesures correctrices ponctuelles ou insuffisantes. Il apparaît alors indispensable de s'engager dans une voie alternative pour rénover le système français de prise en charge globale de la dépendance, centrée sur les besoins réels des personnes.

Comité National des Retraités et des Personnes âgées (1999). Livre blanc pour une prestation autonomie : Paris : CNRPA.

Après le "Livre Noir de la P.S.D.", le CNRPA (Comité National des Retraités et des Personnes âgées) et les grandes organisations représentatives de l'aide à domicile et de l'accueil des personnes âgées en établissement ont décidé d'écrire " le livre blanc de la prestation d'autonomie pour les personnes handicapées, telle qu'elle a été prévue et annoncée par la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 ". Ce document souligne les incohérences, problèmes ou conséquences négatives que cette loi provisoire peut engendrer et formule des propositions pour la faire évoluer.

Ducroz S., Ecole Nationale de la Santé Publique. (E.N.S.P.). com. (1999). Le nouveau mode de financement des établissements hébergeant des personnes âgées. Les enjeux pour l'hôpital d'une réforme en demi-teinte. Mémoire ENSP de Dir. d'Hôpital.

Le 26 avril 1999 paraissent les décrets et arrêtés portant réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. Ces textes se fixent des objectifs de transparence et d'équité en instaurant, à côté des tarifs hébergements et soins, une section tarifaire relative à la dépendance. Ils organisent également une modulation de ces tarifs en fonction du degré d'autonomie des résidents. Prévu par la loi instaurant la prestation spécifique dépendance, cette réforme doit corriger les effets pervers de l'ancienne tarification, largement corrélée au statut juridique des établissements. Pourtant, elle a déclenché un mécontentement généralisé des professionnels de l'hébergement qui dénoncent un dispositif complexe et contraignant. Surtout, l'absence de rénovation de la PSD risque d'accroître les inégalités entre résidents. Fortement médicalisés et subissant des transferts de charges importants, les EHPAD gérés par des établissements de santé présentent de véritables spécificités, qui constituent autant de contraintes. Davantage que les autres, ces établissements doivent donc anticiper l'application de la réforme, au moins sur trois aspects principaux ; l'évaluation de la dépendance, l'analyse des budgets, et les futures relations avec les résidents et les autorités tarifaires

Henrard J.C., Ankri J. (1999). Grand âge et santé publique. Rennes : Editions ENSP

Les auteurs examinent les différents thèmes de santé publique dans le domaine du vieillissement : la santé (bonne ou mauvaise) de la population âgée et ses déterminants, le système d'aides et de soins, les politiques mises en œuvre. Ils soulignent l'enjeu principal d'aujourd'hui : offrir une prise en charge mieux adaptée et moins inégalitaire face à la complexité des interactions entre le vieillissement biologique, les maladies chroniques, et les ressources de l'environnement individuel et collectif. Ils présentent également les enjeux de demain, avec une inconnue : l'état de santé des personnes du très grand âge. L'allongement de la longévité moyenne, les modifications du travail salarié rendent nécessaire la réorganisation des temps sociaux et des échanges entre générations. A condition de prendre la mesure de ces changements, les problèmes de la vieillesse peuvent recevoir des réponses qui feront des personnes âgées des citoyens à part entière et non des sujets assistés. (extrait 4ème de couverture).

Chauzu C., De Barbarin H., Université d'Aix-Marseille 3. Institut des Assurances. Aix-en-Provence. FRA / com. (1998). Le risque dépendance des personnes âgées. Aix-Marseille : Presses Universitaires d'Aix-Marseille

Cet ouvrage est une synthèse juridique dans le domaine du droit des assurances sur le sujet de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Une première partie présente la réponse collective au problème de la dépendance. Elle décrit tout d'abord l'aide sanitaire et sociale aux personnes âgées puis le fonctionnement du dispositif de prise en charge après la loi du 24 janvier 1997. Une deuxième partie concerne la réponse assurancielle au problème de la dépendance et plus particulièrement les formules d'assurance commercialisées, le fonctionnement des contrats dépendance et les limites de la solution assurancielle.

Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (1997). Les dépenses de soins prises en charge par l'assurance maladie dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Paris : CNAMTS.

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

Baudet U., Hollederel H., Polard F. (1996). *Conviendrait-il de créer une branche séparée de Sécurité sociale pour répondre aux besoins des personnes dépendantes ?* Saint-Etienne : CNESS.

Ce mémoire sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes souligne tout d'abord qu'en dépit d'une offre variée de prestations, le système de prise en charge de la dépendance souffre de carences importantes et nécessiterait une organisation nouvelle. Il propose ensuite deux axes de recherche pour une prestation dépendances : allocation ou assurance dépendance.

Blanchet D., Breuil-Genier P., Chanut J.M., et al. (1996). *Applications des méthodes de microsimulation dans les domaines de la santé et de la dépendance.* Paris : CGP.

La recherche présentée dans ce rapport répond à deux objectifs : - proposer un état des lieux de l'utilisation des modèles de microsimulation dans le domaine de la santé et dans le domaine connexe de la dépendance, qui a donné lieu, à l'étranger, à de nombreux travaux ; - explorer les possibilités de reproduire, pour le cas français, quelques-uns de ces exercices réalisés à l'étranger. Le choix s'est porté sur deux champs : la prise en charge de la dépendance - la microsimulation dynamique étant un outil bien adapté pour la comparaison de scénarios de prise en charge de cette dépendance -, et l'analyse des filières de soins.

Dupaquier J., Mormiche P., Robine J.M., Spaeth J.M. (1996). Longévité et dépendance. *Risques*, (26) : 6-138.

Ce numéro de la revue "Risques" est consacré à la question de l'allongement de la vie et à ses conséquences en matière de dépendance. Il repose sur une sélection de communications présentées à une conférence organisée en décembre 1995 à la Maison de l'Assurance, sous les auspices de l'Academia Europaea. Les thèmes abordés sont : les liens entre progrès et longévité, l'évolution de l'espérance de santé, la prévalence des incapacités chez les personnes âgées, les enjeux éthique, économique et sociologique du vieillissement, la prise en charge de la dépendance.

Henrard J.C., Clement S., Derriennic F. (1996). *Vieillesse, santé, société. Questions en santé publique.* Paris : INSERM

La plupart des recherches de ces vingt dernières années, en France, sur la santé et les autres aspects sociaux du vieillissement et leurs conséquences pour la société ont été fragmentaires et parcellisées, prenant pour cible la population âgée. Une telle perspective interdit tout progrès dans la connaissance scientifique du vieillissement, puisqu'elle le réduit à la vieillesse en l'isolant dans un monde à part, au lieu de le considérer comme le produit d'une structure sociale, d'histoires de vie spécifiques, de processus dynamiques et complexes. Pour la

pluralité disciplinaire des regards, cet ouvrage des équipes de l'Institut fédératif "Santé, vieillissement, société" contribue à éclairer les questions de recherche soulevées par l'étude du vieillissement et de la vieillesse, de leurs relations avec la santé (bonne ou mauvaise), d'une part, et, d'autre part, les pratiques sociales et les politiques publiques qui s'efforcent d'apporter des réponses aux problèmes qu'ils génèrent.

Henrard J.C., Ankri J. (1996). Systèmes et politiques de santé. Rennes : Ecole Nationale de la Santé Publique

Cet ouvrage dresse un panorama complet du système sanitaire et social français : organisation administrative, protection sociale et financement, professionnels et institutions, indicateurs de santé. Les auteurs traitent également l'élaboration et la mise en œuvre des politiques publiques, en prenant l'exemple de la politique médico-sociale de la vieillesse. L'ouvrage s'achève sur une comparaison des systèmes européens et contient des schémas sur les circuits de financement des institutions de soins.

Kalfou R., Letallec M., Pinerq O., Renault J.P. (1994). Le soutien à domicile des personnes âgées dépendantes. Saint-Etienne : CNESS.

Ce mémoire démontre tout d'abord l'inefficacité du dispositif actuel de soutien à domicile des personnes âgées qui se révèle coûteux, peu rationnel et ne permet pas de faire face aux enjeux économiques résultant des évolutions démographiques. Il tente ensuite de faire des propositions innovantes afin d'améliorer la situation existante en rationalisant la politique vieillesse et le financement de la dépendance.

Brunner N., Coste P., Guyomarc'h M.e.A. (1992). Grand âgé et dépendance. ODAS. Rennes : E.N.S.P.

Ouvrage réalisé dans la continuité du colloque "Grand âge et dépendance" de l'O.D.A.S. Il s'agit d'une part de contribuer, en s'appuyant sur les conclusions du colloque de l'O.D.A.S., à une meilleure connaissance de l'environnement juridique, institutionnel et économique du problème de la dépendance. Il s'agit d'autre part de participer au débat actuellement engagé sur la réforme des aides à la dépendance en analysant les deux principaux rapports écrits sur le sujet.

Attias-Donfut C., Renaut S., Rozenkier A. (1990). Le prix de la dépendance : comparaison des dépenses des personnes âgées selon leur mode d'hébergement : Paris : C.N.A.V.T.S.

L'objet du présent rapport d'étape est : améliorer l'adéquation entre l'offre et la demande en préservant l'égalité d'accès aux structures ; impulser la création de réseaux coordonnés qui permettent une orientation vers la bonne structure de la personne âgée ; aller vers une prise en charge financière des soins et de la dépendance selon l'état de la personne âgée.

Joel M.E., Bungener M. (1990). Le financement de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées. Paris : C.E.R.M.E.S.

(1988). Actes du colloque "Grand âge et Dépendance", Grand Age et dépendances Paris, 22-10-1987. Paris : C.N.P.

Mizrahi A., Mizrahi A. (1988). Financement des soins et des séjours des personnes âgées en institutions : Cadre conceptuel et résultats de l'enquête pilote (octobre 1986 janvier 1987) Evolution de la consommation médicale selon l'âge. Paris : C.R.E.D.E.S.



Exploration des circuits de financement des séjours et des soins aux personnes âgées résidant en institutions à partir d'une enquête expérimentale réalisée en France. Les répartitions des frais d'hébergement et des forfaits soins entre les 3 principaux financeurs (ménages, D.D.A.S.S., Assurance Maladie), varient considérablement selon la nature des unités. Les personnes elles-mêmes sont les financeurs les plus importants. Répartition des soins financés par l'Assurance Maladie, par des forfaits journaliers ou à l'acte, selon la nature des lits. La relation entre niveau moyen de dépendance des populations hébergées et prix de journée ou forfait soins semble faible. Présentation de la consommation médicale selon l'âge en France de 1960 à 1980 à partir des enquêtes menées par le CREDOC auprès des ménages. L'effet de l'âge sur les consommations médicales est dans notre société plus important que celle des facteurs socio-économiques tels que le revenu, la profession... Dans la mesure où l'âge peut être considéré comme un indicateur de besoin de soins, non pas au niveau statistique de groupes suffisamment nombreux, l'augmentation de son influence traduit en partie une meilleure diffusion des soins vers les couches qui en ont eu le plus besoin au cours des 25 dernières années.

(1985). Le bilan économique et financier du secteur médico-social : Paris : L.E.G.O.S.

## Articles, fascicules

Bonnet, C., Cambois, E. et Fontaine, R. (2021). "Dynamiques, enjeux démographiques et socio-économiques du vieillissement dans les pays à longévité élevée." *Population* **76**(2) : 225-325

<https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population/population-2021-2>

En 2015, la loi d'adaptation de la société au vieillissement marquait en France la volonté politique d'anticiper de manière globale les conséquences du vieillissement démographique. Elle formalisait les constats des recherches et débats publics internationaux qui, depuis longtemps, en soulignent l'ampleur et les multiples implications. Cette chronique fait le point sur ces questions en s'appuyant sur l'expérience de 40 pays caractérisés par une longévité élevée. En 2020, les personnes de 65 ans et plus y sont quatre fois plus nombreuses qu'en 1950 ; au Japon, pays le plus « vieux », leur proportion a bondi de 5 % à 28 % et leur espérance de vie a presque doublé. Une première partie présente les définitions et les mesures du vieillissement démographique, puis la diversité des dynamiques de ces 40 pays. La seconde partie décrit les enjeux multidimensionnels et imbriqués du phénomène en termes sanitaires (quelle limite à la longévité ? quelle évolution de l'espérance de vie en bonne santé ?), sociodémographiques (comment se modifient les configurations conjugales, familiales) et économiques, via la problématique des modèles de protection sociale (retraite, aide à l'autonomie, transferts intergénérationnels).

Mahieu, R. (2021). "Comment les Français envisagent-ils le risque dépendance ? Une analyse à partir des données de l'enquête Pat€r 2020." *Questions Politiques Sociales : Les Etudes* (34) : 16.

<https://politiques-sociales.caissedesdepots.fr/gps-les-etudes-ndeg34>

Cette étude analyse comment les Français appréhendent le risque de devenir un jour dépendants, quelles modalités de prise en charge ils anticipent et de quelles ressources ils pensent disposer pour financer une éventuelle perte d'autonomie. Elle s'appuie sur une exploitation de la vague 2020 de l'enquête Pat€r (PATrimoine et préférences vis-à-vis du TEmps et du Risque) financée par la Caisse des dépôts.

Rapp, T., Roquebert, Q. et Sicsic, J. (2021). "Mettre le " value-based aging " au coeur des politiques de dépendance." *Liepp Policy Brief* (53): 4.

<https://www.sciencespo.fr/liepp/fr/content/mettre-le-value-based-aging-au-coeur-des-politiques-de-dependance.html>

Avec le vieillissement de la population, l'accompagnement de perte d'autonomie et le bien-vieillir sont devenus des enjeux de politique publique majeurs. Une question centrale est celle de la pertinence des aides publiques : sont-elles centrées sur les besoins des personnes ? Nous montrons qu'il existe en effet une corrélation forte entre la santé perçue par nos aînés et leurs besoins de soins de longue durée (familiaux et professionnels). Nous préconisons de déployer une aide publique basée sur la notion de « value-based aging », c'est-à-dire finançant en priorité des aides centrées sur les attentes des aînés.

Antunez, K. (2020). Les Français souhaitent une prise en charge par l'État de la perte d'autonomie des personnes âgées. *Etudes et Résultats (Drees)* (1148)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/ER1148.pdf>

D'après le Baromètre d'opinion de la DREES qui interroge 3 000 personnes, en 2018, deux tiers des Français pensent qu'il revient à l'État et aux pouvoirs publics de prendre en charge financièrement les personnes âgées en perte d'autonomie. Cette opinion, relativement stable depuis 2014, est davantage exprimée par les plus modestes. À l'inverse, les Français les plus aisés estiment plus souvent que ce sont les personnes âgées elles-mêmes qui devraient assumer leur prise en charge en utilisant leur épargne ou des assurances privées. Ils sont également davantage prêts à épargner en prévision de leur éventuelle perte d'autonomie. Si les Français sont très majoritairement demandeurs d'une prise en charge financière par les pouvoirs publics de la perte d'autonomie, seuls trois Français sur dix estiment que cette aide doit être universelle. Sept Français sur dix souhaitent en effet qu'elle soit réservée aux personnes âgées disposant de faibles revenus.

Carrere, A. (2020). "Vivre à domicile ou en institution : quels sont les déterminants de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées ?" *Regards* (57) : 127-139.

<https://www.cairn.info/revue-regards-2020-1-page-127.htm>

Sous l'effet des dynamiques démographiques, sociales et sanitaires, les besoins de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie progressent, se complexifient et se diversifient. Ces évolutions invitent à s'interroger sur les réponses apportées à la fois par la sphère privée et publique pour prendre en charge ces besoins complexes dans un contexte marqué par une politique affichée en faveur du « vieillir à domicile » et une décentralisation de la politique gérontologique. Cet article mobilise différents articles scientifiques pour identifier à la fois les facteurs de la demande de prise en charge et les contraintes d'offre pour comprendre les décisions des personnes âgées dépendantes quant à leur lieu de prise en charge.

Coursier, P. (2020). "La création d'une 5ème branche comme fondement d'une nouvelle politique de l'autonomie." *Journal De Droit De La Sante Et De L'Assurance Maladie*(27): 9-29.

<http://institutdroitsante.fr/publications/publications-ids/revues-livres/journal-de-la-sante-et-de-l-assurance-maladie-jdsam/jdsam-n27-decembre-2020/>

Ferras, B. (2020). "Cinquième « risque », cinquième « branche » ? Vers une politique rénovée de prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées ?" *Regards* (57) : 195-211.

<https://www.cairn.info/revue-regards-2020-1-page-195.htm>

Deux lois, organique et ordinaire, du 7 août 2020, relatives à la dette sociale et à l'autonomie, marquent un tournant important dans la politique française de gestion et de prise en charge de la dépendance des personnes âgées. Celle-ci est désormais appréciée dans un ensemble comprenant les soutiens apportés aux personnes handicapées. Elle devient une politique de sécurité sociale, relevant du régime général et figurant en loi de financement de la Sécurité sociale. Si l'avancée est indéniable et des plus notables, elle ne conduit pas pour autant à mettre un terme aux débats -souvent passionnés et parfois confus- sur les contours, la nature et les conséquences d'un nouveau risque ou d'une branche « autonomie » protégeant nos aînés les plus fragiles. Alors que le débat demeure incontournable et nécessaire, le présent article aborde les différentes dimensions pouvant retenir l'attention de l'observateur.

Mayeur, P. (2020). "Quel avenir pour l'assurance dépendance ?" *Regards* (57) : 213-224.

<https://www.cairn.info/revue-regards-2020-1-page-213.htm>

La question du caractère assurable de la dépendance totale est fréquemment posée et reposée. L'expérience pousse à répondre positivement à cette question. Principalement en raison de l'attentisme des différents acteurs lié à l'annonce à chaque fois repoussée de la mise en place d'un cinquième risque, le marché, malgré de multiples produits, ne s'est pas développé à la hauteur des attentes. Le rapport Libault de 2019 a pu considérer que l'offre n'était pas suffisamment « mûre ». Pourtant, au regard des restes à charge liés principalement aux dépenses d'hébergement, l'assurance dépendance constitue un complément utile et nécessaire pour garantir le patrimoine des classes moyennes. Elle apporte également des solutions appréciables en matière d'aide aux aidants et d'accompagnement des personnes aidées. Elle mérite ainsi d'être favorisée. Plutôt que d'imaginer un produit unique, il apparaît souhaitable d'articuler de manière harmonieuse le recours à l'assurance privée par rapport aux dispositifs publics mis en place, ce qui passe par la définition d'une charte.

Penneau, A., Pichetti, S. et Espagnacq, M. (2020). "Restes à charge sanitaires des personnes âgées dépendantes à domicile." *Gérontologie et société* **42 / 162**(2) : 121-140.

<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2020-2-page-121.htm>

Les personnes âgées dépendantes sont plus souvent confrontées à des dépenses sanitaires élevées. Des dispositifs d'exonération du ticket modérateur (ALD, pension d'invalidité...) leur permettent de réduire leurs restes à charge, mais aucune étude française n'a encore mesuré l'efficacité du système de protection sociale pour ces personnes. Cet article propose une analyse sur les personnes âgées de 60 ans et plus résidant en logement ordinaire. À partir des données de l'enquête Handicap Santé Ménages collectées en 2008, nous classons les assurés en fonction de leur recours à l'aide humaine et analysons les niveaux et la structure de leurs dépenses sanitaires. Malgré une croissance des dépenses avec le niveau de dépendance, le système de protection sociale maintient les restes à charge à un montant moyen de 900 euros annuels quel que soit le niveau de dépendance. Nos résultats montrent également que les postes qui pèsent le plus sur le reste à charge sont bien couverts par les complémentaires. Les inégalités de restes à charge dépendent donc principalement de la capacité des ménages à financer leur assurance complémentaire.

Ramos-Gorand, M. (2020). "Accompagnement professionnel de la dépendance des personnes âgées." *Dossiers De La Drees (Les)* (51)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/DD51.pdf>

Ce document propose de quantifier, à l'échelle départementale, l'activité des aides à domicile, infirmiers libéraux et aides-soignants des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ainsi que des professionnels des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Ce document croise plusieurs sources afin d'estimer, à la fois en temps passé auprès des personnes et en termes de financements publics, la part des différents acteurs de l'accompagnement, répondant ainsi à un besoin de connaissance transversale. Ce Dossier de la DREES vise à documenter deux problématiques : celle de l'adéquation de l'offre aux besoins, et celle de l'équité de l'accompagnement sur les territoires. On estime à environ 708 millions les heures passées par des professionnels directement auprès de personnes âgées en 2011, dans le cadre de l'accompagnement de leur dépendance : ils interviendraient en moyenne 50 heures par mois, soit 11 heures par semaine, rapportées aux 1,2 million de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). La moitié de ces heures est réalisée en EHPAD. À domicile, deux tiers des heures sont couvertes par l'APA, un tiers par l'Assurance maladie via l'intervention

d'infirmiers libéraux ou de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Le financement public afférent à l'accompagnement médico-social des personnes âgées dépendantes, à domicile et en établissement, pris en charge pour deux tiers par l'Assurance maladie et pour un tiers par les conseils départementaux, s'élèverait à 12,5 milliards d'euros en 2011 sur le champ retenu. Les acteurs professionnels sont présents de manière différenciée sur le territoire. Un pays hétérogène comme la France implique des besoins spatialement variés, l'objet des politiques publiques étant de proposer une offre adaptée. L'étude met en évidence l'existence de systèmes spatialement différenciés d'accompagnement, héritage historique. La plupart des départements présentent une réponse quantitativement comparable au regard des besoins tels qu'ils sont ici mesurés, la répartition de l'activité des professionnels serait donc globalement équilibrée dans les territoires. Il n'en existe pas moins d'importantes inégalités. Celles-ci sont d'abord quantitatives : 37 à 95 % des besoins départementaux recensés sont couverts. Elles sont également qualitatives : par exemple, les soins d'hygiène, lorsqu'ils sont effectués par des aides à domicile et non par des infirmiers, impliquent une technicité variable de l'intervention, une lourdeur administrative, des restes à charge supérieurs et un temps d'accompagnement moindre. La disponibilité ou non des professionnels de santé à proximité crée donc des disparités entre personnes aux besoins similaires. En conséquence de ces substitutions, la part du financement assuré par la sécurité sociale et celle assurée par les conseils départementaux varient localement : c'est aussi un enjeu économique et politique. L'étude montre que, davantage que la décentralisation, c'est la régulation ou non de la localisation de l'offre par les pouvoirs publics qui est déterminante dans l'équité d'accès à celle-ci.

Arnault, L. (2019). "Montants d'APA à domicile depuis 2011 : une réallocation au bénéfice des plus dépendants." *Etudes et Résultats (Drees)* (1118)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1118.pdf>

Le montant mensuel de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) consommé par les personnes âgées à domicile les plus dépendantes, classées en GIR 1, augmente d'environ 100 euros en moyenne entre 2015 et 2017, d'après les données de l'enquête Aide sociale de la DREES. Cette augmentation, moindre pour les personnes en GIR 2 et 3 et ne concernant pas celles en GIR 4, est liée à la hausse des plafonds légaux des plans d'aide consécutive à la mise en application de la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV). Pour les GIR 1 à 3, la hausse du montant moyen d'APA à domicile à la suite de la loi marque une rupture par rapport aux années de baisse observées avant 2015. La loi a également révisé le barème de calcul du montant acquitté par les bénéficiaires, conduisant à une baisse de leur taux de participation d'environ 2 points entre 2015 et 2016. Cet effet bénéficie surtout aux plus dépendants : la diminution est de 4,4 points pour les bénéficiaires en GIR 1, tandis qu'elle est quasi nulle pour ceux en GIR 4. Cette diminution consécutive à la loi s'inscrit dans un contexte de hausse tendancielle de la participation des bénéficiaires, liée à une augmentation de leur revenu moyen. Au total, entre 2011 et 2017, le montant moyen par allocation, tous GIR confondus, à la charge des conseils départementaux a légèrement diminué (de 25 euros en moyenne par bénéficiaire). Pour les personnes en GIR 1 et 2, il a augmenté respectivement de 70 euros et 20 euros au cours de la période, tandis qu'il a baissé de 25 euros pour les personnes en GIR 3 et de 40 euros pour celles en GIR 4.

Bonnet, C., Juin, S. et Laferrere, A. (2019). "Financer sa perte d'autonomie : rôle potentiel du revenu, du patrimoine et des prêts viagers hypothécaires." *Economie Et Statistique* (507-508) : 5-26.

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4173154?sommaire=4173181>

Dans quelle mesure les Européens âgés seraient-ils capables de financer les dépenses liées à leur perte d'autonomie à partir de leurs seuls revenus et patrimoine, en l'absence d'aide informelle et d'assurance publique ? Pour répondre à cette question, nous développons un modèle de microsimulation et estimons, à partir des données de l'enquête SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe), les trajectoires de dépendance des personnes âgées de 65 ans et plus dans neuf pays européens. Nous portons une attention particulière au rôle potentiel des prêts viagers hypothécaires comme outils d'extraction de la valeur des biens immobiliers. Selon les simulations, 57 % des personnes de 65 ans et plus seront confrontées à une perte d'autonomie. Pour elles, la durée moyenne de dépendance sera de 4,4 ans. Parmi les personnes dépendantes sans conjoint, 6 % seraient en mesure de couvrir leurs dépenses de perte d'autonomie grâce à leur seul revenu, chiffre qui atteint 22 % si elles mobilisent l'intégralité de leur patrimoine, à l'exception de leur logement. Cette proportion doublerait, pour atteindre 49 %, si ces personnes contractaient un prêt viager hypothécaire sur leur résidence principale. Toutefois, un quart d'entre elles ne pourraient financer que moins de 10 % de leurs dépenses de perte d'autonomie.

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) : 43.

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 ultramarins, 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.

Brunel, M., Latourelle, J. et Roy, D. (2019). "Les disparités d'APA à domicile entre départements." Dossiers De La Drees (Les) (37)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dd37.pdf>

En 2015, environ 5 % des seniors de 60 ans ou plus vivant à domicile bénéficient de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Ce taux est plus élevé dans certains territoires que dans d'autres : c'est globalement le cas de la partie Sud de la France, de la Corse, ainsi que de quelques départements de la partie Nord (Pas-de-Calais, Aisne, Ardennes, Seine-Maritime). Les départements où la part de bénéficiaires de l'APA en GIR 1 et 2 (ceux qui ont le plus besoin d'aide dans la vie quotidienne) parmi les seniors à domicile est la plus faible sont également ceux qui présentent une offre plus abondante de places en hébergement pour personnes âgées. L'enquête Vie quotidienne et santé (VQS) conduite en 2014 a permis de mesurer pour la première fois la prévalence de la dépendance à domicile, au niveau départemental. Elle montre que les départements où la part de seniors en perte d'autonomie est élevée sont globalement les départements où davantage de seniors bénéficient de l'APA

(tous GIR confondus). Ce résultat reste vrai quel que soit l'indicateur de dépendance considéré. Ce dossier de la DREES en présente plusieurs. Une analyse économétrique, introduisant trois types de facteurs (prévalence départementale de la dépendance, sociodémographiques, offres de soins), ouvre la discussion quant aux variables influentes dans les disparités d'APA à domicile entre départements. La régression du taux d'allocataires de l'APA d'un département sur ce taux de seniors « dépendants » permet d'expliquer à elle seule 38 % de la variabilité du taux d'allocataires.

Chavrot, C. (2019). "Le financement de la perte d'autonomie liée au vieillissement." Cahiers De Sante Publique Et De Protection Sociale (Les) (33): 34-36.

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

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

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/4196949/ip1767.xls>

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

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): 6.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1109.pdf>

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 2<sup>e</sup> 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.

Leflon, M. (2019). "Analyse critique du rapport Libault sur le grand âge et l'autonomie." Cahiers De Sante Publique Et De Protection Sociale (Les) (33).

Limousin, M. (2019). "Besoin d'un service public pour les personnes âgées et en perte d'autonomie ?" Cahiers De Sante Publique Et De Protection Sociale (Les) (33) : 37-38.

Montaut, A. (2019). "Première estimation du nombre de personnes couvertes par les organismes privés d'assurances, par risque social." Etudes et Résultats (Drees) (1101)

En 2016, les organismes complémentaires, mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance, ont perçu 70 milliards d'euros de cotisations au titre des risques sociaux. Ils ont versé 51 milliards d'euros de prestations à ce titre, ce qui représente plus d'un quart de leurs activités. Huit organismes sur dix gèrent des contrats couvrant des risques sociaux. Si les masses de cotisations perçues et de prestations versées sont bien connues, le nombre de personnes couvertes et servies par type de risques l'est beaucoup moins, notamment pour des risques dont la couverture est plus récente comme la dépendance. La DREES en propose pour la première fois une estimation. Celle-ci met en évidence l'ampleur du phénomène de multicouverture pour certains risques, aboutissant à des estimations assez larges. Ainsi, en 2016, entre 23 et 30 millions de personnes seraient couvertes en cas d'invalidité pour 0,3 à 0,4 million de bénéficiaires servis. Pour d'autres risques, la multicouverture est a priori plus rare, comme les risques retraite, décès par capitalisation ou dépendance. 10,4 millions de personnes seraient couvertes pour la retraite supplémentaire pour 2,2 millions de bénéficiaires servis. 4,8 millions de personnes seraient couvertes à titre principal contre le risque de dépendance.

Wittwer, J. (2019). "Commentaire : l'auto-assurance du risque dépendance est-elle une solution ?" Economie Et Statistique (507-508) : 27-32.

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4173154?sommaire=4173181>

Le risque financier associé à la dépendance est partiellement couvert en France et dans l'ensemble des pays européens, partout sensiblement moins bien que le risque sanitaire. La couverture publique varie sensiblement d'un pays à l'autre mais laisse la plupart du temps un reste-à-charge important aux ménages. Le risque dépendance survenant en fin de vie, la mobilisation du patrimoine financier et immobilier des ménages pour financer leur dépendance, autrement dit l'auto-assurance, peut apparaître comme une solution. L'article de Carole Bonnet, Sandrine Juin et Anne Laferrère propose, en mobilisant les données de l'enquête SHARE, de considérer frontalement cette question et d'évaluer dans quelle mesure l'auto-assurance peut répondre aux besoins de financement de la dépendance en Europe. Ce commentaire revient sur la démarche des auteures puis discute les implications de leur analyse.

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

[www.mutualite.fr/actualites/perte-dautonomie-des-restes-a-charge-trop-eleves/](http://www.mutualite.fr/actualites/perte-dautonomie-des-restes-a-charge-trop-eleves/)

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



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

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

L'Insee publie un ensemble d'études nationale et régionales sur la perte d'autonomie des séniors vivant à domicile, réalisées à partir des données de l'enquête Vie Quotidienne et Santé de 2014. La part des séniors 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 séniors. Les régions dans lesquelles les séniors connaissent le plus de difficultés sociales sont celles où les séniors 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>

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) : 43.

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.

Brunel, M. et Carrere, A. (2018). "Limitations fonctionnelles et restrictions d'activité des personnes âgées vivant à domicile : une approche par le processus de dépendance. Résultats de l'enquête Capacités, Aides et REssources des seniors (CARE) "ménages"." *Dossiers De La Drees (Les)* (26) : 40. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dd26.pdf>

En 2015, les limitations fonctionnelles concernent 6 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à leur domicile, soit 40 % d'entre elles, et les restrictions d'activité près de 4,5 millions. Pour ces restrictions, comme pour les limitations physiques, les femmes déclarent davantage de difficultés que les hommes. Depuis l'enquête Handicap et Santé de 2008, la plupart des indicateurs de limitations fonctionnelles ou de restrictions d'activité ont baissé. Si les inégalités femmes-hommes se sont globalement réduites avant 75 ans, elles ont progressé en défaveur des femmes pour les 75 ans ou plus. (R.A.).

Besnard, X. et Zakri, M. (2018). "Comment les seniors financent-ils leur maison de retraite ? Premiers résultats de l'enquête CARE-Institutions." *Etudes et Résultats (Drees)* (1095) [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er1095\\_toile.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er1095_toile.pdf)

Fin 2016, d'après l'enquête CARE-Institutions réalisée par la DREES, la moitié des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépensent au moins 1 850 euros mensuels pour financer leur prise en charge, après perception des allocations et des contributions des obligés alimentaires. Cette participation financière s'élève à au moins 2 420 euros pour la moitié des résidents des établissements privés à but lucratif, contre 1 800 euros pour les autres types d'établissements. Un tiers des résidents déclarent devoir puiser dans leur épargne pour financer les frais liés à la prise en charge de leur dépendance en institution, et 11 % doivent mobiliser leur entourage pour payer une partie de ces frais. Près d'un résident sur dix envisage, à l'avenir, de vendre du patrimoine pour couvrir ces dépenses.

Charavel, C., Mauro, L. et Seimandi, T. (2018). "Les soins de suite et de réadaptation entre 2008 et 2016. Forte progression de l'activité, en réponse au vieillissement de la population." Dossiers De La Drees (Les) (30)

Depuis 2008, l'activité des établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) a augmenté de 16 %, atteignant 37,9 millions de journées en 2016 pour plus d'un million de patients. Cette augmentation s'explique surtout par le vieillissement de la population qui accroît la demande en SSR. L'augmentation de l'activité est particulièrement importante dans les cliniques privées, qui concentrent 34 % de l'activité en 2016, contre 30 % en 2008. Les établissements de SSR ont fait face à cette évolution en ouvrant des lits et places (+13 % en 8 ans) et en les mobilisant de manière plus intensive, avec un taux d'occupation des lits accru (+3 points). Ils ont également développé les alternatives à l'hospitalisation complète. L'hospitalisation partielle a ainsi connu une croissance rapide : en 8 ans, le nombre de journées a augmenté de 74 % (contre 11 % en hospitalisation complète). La part de l'hospitalisation partielle dans l'activité totale est passée de 7 % à 10 %. Des disparités territoriales de capacités d'accueil subsistent encore, mais se résorbent peu à peu. Cette homogénéisation de l'offre territoriale de SSR fait écho à l'un des objectifs visés par la réforme de 2008.

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.

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'Economie 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.

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

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

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.

Darcillon, T. (2016). Le compte de la dépendance de 2010 à 2014. In : La protection sociale en France et en Europe en 2014. Paris : Drees

Le compte de la dépendance évalue le coût annuel de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées pour les ménages, les pouvoirs publics et les organismes complémentaires dans l'ensemble de ses dimensions : santé, aide à la prise en charge spécifique de la perte d'autonomie et hébergement. En 2014, ce coût est estimé à 34,2 milliards d'euros, soit 1,60 % du produit intérieur brut (PIB) ; il a augmenté de 0,1 point de PIB depuis 2010. Les trois grandes composantes de la dépense, santé, aide à la prise en charge spécifique de la perte d'autonomie et hébergement, représentent chacune environ un tiers du coût. L'hébergement en établissement constitue la composante la plus dynamique

depuis 2010. Les pouvoirs publics (Sécurité sociale, État et collectivités locales) participent à près de 70 % au financement du coût, le reste représentant l'effort consenti par les ménages.

Fizzala, A. (2016). "Dépendance des personnes âgées : qui paie quoi ? L'apport du modèle Autonomix." *Dossiers De La Drees (Les)* (1) : 45.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/ddd1.pdf>

Les dépenses de prise en charge des personnes âgées dépendantes (soit 1,2 million de personnes) s'établissent, en 2011, à 28,3 milliards d'euros, dont 25% ne sont pas financées par les allocations ou aides publiques. Ce dossier, composé de trois articles, passe en revue la part des dépenses qui reste à la charge de ces personnes avant la réforme portée par la loi d'adaptation de la société au vieillissement entrée en vigueur en 2016.

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

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

(2015). La France à l'épreuve du grand âge. *Le Monde Economie*, 21 janvier

[http://www.lemonde.fr/economie/article/2016/01/20/la-france-a-l-epreuve-du-grand-age\\_4850612\\_3234.html?xtmc=cazenave&xtcr=10](http://www.lemonde.fr/economie/article/2016/01/20/la-france-a-l-epreuve-du-grand-age_4850612_3234.html?xtmc=cazenave&xtcr=10)

Doty, P., et al. (2015). "Long-Term Care Financing: Lessons from France." *The Milbank Quarterly* **93**(2): 359-391.

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 François 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.

Fontaine, R., et al. (2015). "Dans quelle mesure les préférences individuelles contraignent-elles le développement du marché de l'assurance dépendance ?" *Economie Et Statistique* (474) : 35-68.

Dans un contexte de vieillissement de la population, différents scénarii sont envisagés pour réformer l'organisation et le financement de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. La place de la prévoyance individuelle dans le financement de la dépendance est à ce titre largement débattue. À l'heure actuelle, malgré des restes à charge potentiellement conséquents, peu d'individus disposent d'une couverture assurantielle. Cet article vise à enrichir la littérature existante en évaluant dans quelle mesure les préférences observées dans la population limitent cette couverture. Nous mobilisons pour cela l'enquête Patrimoine et préférences vis-à-vis du temps et du risque (Pater) de 2011. À la demande de la Fondation Médéric Alzheimer, la vague 2011 de l'enquête Pater a intégré un questionnaire complémentaire relatif à la perception du risque dépendance et aux comportements d'assurance (Pated). L'enquête Pater permet la construction de scores quantifiant quatre dimensions des préférences susceptibles d'influencer la perception du risque et la probabilité de souscrire une assurance parmi les individus percevant le risque : la préférence pour le présent, l'aversion au risque, l'altruisme familial et le goût présumé pour l'aide informelle.

Marbot C., 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

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1305205>

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 couvrira 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).

Fizzala A. (2015). Autonomix. Un modèle de microsimulation sur le champ de la dépendance des personnes âgées. *Série Sources et Méthodes – Document de travail (DREES)* ; (54)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-09/dt54.pdf>

Berardier M. (2014). Les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile et leurs ressources. *Etudes et Résultats (DREES)* ; (876).

[https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/infographie-apa-2\\_0.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/infographie-apa-2_0.pdf)

À la fin 2011, 696 000 personnes âgées de 60 ans ou plus reçoivent l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile en France métropolitaine, soit une augmentation de 10 % depuis 2007. Un quart d'entre elles perçoivent l'APA depuis au moins cinq ans, contre 11 % en 2007. Cette population a vieilli de six mois par rapport à 2007 : la moitié des bénéficiaires de 2011 sont âgés de plus de 84 ans et 6 mois. Les autres caractéristiques sociodémographiques restent stables entre 2007 et 2011 : les trois quarts sont des femmes, et 20 % sont évalués comme très dépendants en groupe isoressources (GIR) 1 ou 2. À la fin 2011, la moitié des bénéficiaires ont des ressources mensuelles, au sens de l'APA, inférieures à 1 085 euros. En moyenne, elles ont augmenté de 16 % en quatre ans (en euros courants). Le ticket modérateur, c'est-à-dire le montant à la charge du bénéficiaire dans le plan d'aide notifié a augmenté (la médiane est en hausse de 22 %), alors que les montants des plans d'aide ont diminué. Un bénéficiaire sur deux a un plan d'aide inférieur à 466 euros en 2011, soit une baisse de 4 % en quatre ans. Seuls 16 % d'entre eux n'ont rien à payer pour leur prise en charge, contre 23 % en 2007.

Grobon S. (2014). Les ménages aisés envisageraient plus souvent de déléguer la prise en charge de leur proche parent dépendant. *Dossiers Solidarité et Santé*, (57)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dss57.pdf>

Selon le Baromètre d'opinion de la Drees, qu'il s'agisse du mode de prise en charge des personnes âgées dépendantes ou du financement de cette prise en charge, l'opinion des Français interrogés en 2013 est très nettement liée au niveau de vie.

Renoux A., Roussel, R., Zaidman C. (2014). Le compte de la dépendance en 2011 et à l'horizon 2060. *Dossiers Solidarité et Santé*, (50): 3-42

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dss50.pdf>

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

Touze, V. (2014). "La dépendance : quels besoins, quel financement ?" *Cahiers Français* (81) : 57-62.

Le vieillissement des générations nombreuses du baby-boom et, de façon plus générale, les progrès de la longévité, vont considérablement accroître, dans les années et décennies à venir, le nombre de personnes en situation de dépendance. De nouveaux besoins sont associés à ce phénomène, en termes de logement, d'assistance et de soins. S'ils représentent

des enjeux en termes économiques, notamment sur le plan de la recherche et de l'innovation, ils posent aussi la question des coûts et de leur financement. Dans un contexte de restriction des dépenses publiques, les ressources allouées par le secteur public à ce « cinquième risque » se développent mais demeurent insuffisantes face à des besoins en forte hausse. La réponse aux besoins engendrés par la dépendance dépend donc étroitement des soutiens privés, sous forme d'assurances spécialisées ou de solidarité familiale.

(2013) Les enjeux de la réforme de la dépendance. *Le Monde argent et patrimoine*.

Chevreur K. (2013). Financing long-term care for frail elderly in France: The ghost reform. *Health Policy*, 111 (3) :

<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0168851013001504?token=7860B63CA41ED07CA83A9735C13FAF0E54FB1FB6D0F01A6ED568C48AEF74758C09DAB87CB829A16AF78763A973EBC2FF&originRegion=eu-west-1&originCreation=20220117131641>

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.

Colvez A., Loirat J.L. (2013). L'assurance dépendance : en "supplémentaire" ou en "complémentaire" ? *Gérontologie et Société*, (145) : 129-142

Quelle part l'assurance doit-elle prendre dans le financement de la "dépendance" ? La question est moins de savoir si elle doit y contribuer - elle y est présente - que de définir quelle place et sous quelle forme elle peut y être impliquée. Un point essentiel de la discussion à soumettre à la représentation nationale est de trancher entre la position de "complémentaire" qu'elle occupe pour les problèmes de santé et la position de "supplémentaire" à laquelle le secteur assurantiel se limite actuellement pour la dépendance. Tous les éléments techniques sont disponibles et doivent être utilisés pour conduire un véritable débat sur l'articulation entre la protection sociale et les assurances (individuelles ou mutualistes) pour le financement de cet enjeu national de santé. (R.A.).

Fontaine R., Zerrar N. (2013). Comment expliquer la faible disposition des individus à se couvrir face au risque dépendance ? Une revue de la littérature. *Questions D'Economie de la Sante (Irdes)*, (188)

<https://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.

Henrard J.C. (2013). Des politiques vieillesse ségréгатives à une prestation universelle d'aide à l'autonomie. Gérontologie et Société, (145) ; 179-189.

La création d'un nouveau droit social universel de compensation de la perte d'autonomie avec un système de prestations médico-sociales au long cours est aujourd'hui nécessaire pour corriger 50 ans de politique vieillesse d'action sociale qui ont abouti à un enfermement des personnes âgées de 60 ans et plus ayant perdu leur autonomie dans un dispositif ségréгатif peu efficace et injuste par rapport aux personnes handicapées âgées de moins de 60 ans. (R.A.).

Joel M.E. (2013). Enjeux financiers et économiques de la dépendance. Gérontologie et Société, (145), 91-102

Le débat public sur le cinquième risque s'est focalisé sur la dimension financière du problème et la crise financière actuelle semble renforcer cette option. Cet article souhaite montrer que si la dépendance est généralement abordée sous un angle financier une telle approche est très restrictive et ne doit pas masquer les enjeux économiques sous-jacents autant en termes de gouvernance ou de régulation du secteur que de comportements économiques des différents acteurs, familles et professionnels sanitaires et sociaux. (R.A.).

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

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).

Roy D., Marbot C. (2013). L'allocation personnalisée d'autonomie à l'horizon 2040. Insee Analyses, (11)

Selon le scénario central de projections réalisées par la Drees en 2011, il y aurait 1,5 million de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en 2025, et 2 millions en 2040, contre 1,2 million début 2012. Plusieurs périmètres de dépenses peuvent être associés à cette projection : (a) un besoin total de financement pour les bénéficiaires, (b) la part de ce besoin se situant sous le plafond de l'APA, et enfin (c) la part de ces dépenses effectivement prises en charge par la collectivité puisque, en sus du plafonnement, l'APA est soumise à un ticket modérateur qui dépend des ressources du ménage. En part de PIB, le besoin de



financement s'établirait à 0,6 point de PIB en 2040, soit 0,2 point de plus qu'en 2010. Il dépend peu de la croissance car le coût de prise en charge de la dépendance est un coût salarial qui évolue au même rythme que le salaire moyen. Il dépend davantage des hypothèses sur l'état de santé des personnes âgées : 0,5 point de PIB en 2040 si l'espérance de vie sans dépendance augmente autant que l'espérance de vie (hypothèse optimiste) et 0,7 point si la prévalence de la dépendance à chaque âge reste la même qu'aujourd'hui (hypothèse pessimiste). En revanche, croissance et mode d'indexation du barème interagissent pour déterminer le partage du coût entre collectivité et bénéficiaires. Avec l'indexation prix et une croissance soutenue, la part du financement public chuterait de 68 % en 2010 à 54 % en 2040, date à laquelle il ne représenterait que 0,3 point de PIB. En croissance fortement ralentie et dans le cas de barèmes toujours indexés sur les prix, cette part remonterait à 0,4 point de PIB. Une indexation sur les salaires neutralise l'effet de la croissance et elle porterait la part du financement public à environ 0,5 point de PIB, toujours à l'échéance 2040. Ces projections ont été réalisées à l'aide du modèle de microsimulation Destinie de l'Insee. Des projections plus complètes sont en cours de réalisation à la Drees.

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

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.

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) : 271-304

<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. A partir des données de l'enquête Handicap-Santé Ménage, il propose une analyse statistique basée sur une méthode d'appariement par score de propension. Les 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.

Le Bihan-Youinou B. (2012). La création d'un cinquième risque dépendance : où en est-on ? Cahiers Français, (369), 54-59

L'allongement de la durée de vie fait que la question de la dépendance est un enjeu majeur de santé publique. En France – ou l'investissement des pouvoirs publics est réel quoique insuffisant – on constate la diversité des dispositifs et celle des secteurs d'intervention concernés. Malgré certaines apparences, il n'y a pas de véritable système assurantiel en matière de dépendance et les propositions de réforme ont plutôt visé à bâtir un système mixte associant la famille, le secteur public et le secteur privé. Des questions comme la récupération éventuelle par l'État des dépenses sur la succession des personnes âgées dépendantes ou celle des modalités de souscription d'une assurance privée sont au centre

des réflexions. Prévues pour 2011, la réforme de la dépendance a été finalement repoussée pour des raisons économiques, ce qui relance le débat de la création d'une assurance sociale.

Davin B., Paraponaris A. (2012). Vieillesse de la population et dépendance. Un coût social autant que médical. Questions de santé publique, (19)

<https://www.iresp.net/wp-content/uploads/2018/10/QSPn--19-vieillesse-et-dependance-1.pdf>

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 coûteuses 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.

Joel M.E. (2012). Dépendance : au-delà des coûts. Projet, (326) : 27-35

[http://www.cairn.info/resume.php?ID\\_ARTICLE=PRO\\_326\\_0027](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.

Paraponaris A., Davin B., 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

Bloch J. (2011). Dépendance : quelles données pour prévoir l'avenir ? Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 59 (5), 281-283

Au début du mois de février 2011, la ministre des Solidarités et de la Cohésion sociale, Roselyne Bachelot, a installé quatre groupes de travail, chargés d'étudier le financement, la prospective, les modes de prises en charge et la place du vieillissement. Première étape du

chantier de la réforme de la dépendance, finalement reportée à 2012, les groupes ont rendu leur rapport en juin 2011. Il s'agissait à la fois d'estimer les coûts et d'imaginer les modalités de financement de cette prise en charge. Les instances productrices de données, notamment l'Institut national d'études démographiques (Ined) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), ont fourni les données issues de multiples enquêtes et travaux épidémiologiques qui ont servi de base à la réflexion. Le maintien et le développement des grands travaux statistiques et épidémiologiques, enquêtes et cohortes, qui seuls sont à même de fournir les éléments chiffrés nécessaires aux projections dans le futur, ont un coût important, mais c'est à ce prix que la France pourra anticiper les changements démographiques à venir.

Requillart (H.). (2011). Trop vieux, trop chers... : dossier dépendance. *Pharmaceutiques* (90) : 29-48

Cesbron P., Limousin M., Gibelin J.L., Chavrot L., May E. et Al. (2011). Le dossier de la dépendance. *Cahiers de Santé Publique et de Protection Sociale (Les)*, 60-97.

Ce dossier est composé de différents articles abordant la problématique de la dépendance des personnes âgées.

(2011). Orientations du ministère des solidarités et de la cohésion sociale pour 2011. *Doc' Retraite*, (69)

Roselyne Bachelot-Narquin a présenté, lors d'une conférence de presse, jeudi 6 janvier 2011, les grandes orientations du ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale, en présence de Marie-Anne Montchamp, secrétaire d'Etat auprès de la ministre. Ce dossier présente le chantier concernant la prise en charge de la dépendance.

Dorival C. (2011). Menaces sur la protection sociale. *Problèmes Economiques*, (3012) : 24-27.

Mise à mal dans les pays occidentaux, notamment par les effets conjugués du chômage de masse, d'une croissance en berne et du vieillissement démographique, la protection sociale a, au cours des dernières années, fait l'objet, en particulier en France, de diverses réformes concernant les retraites, les assurances maladie et chômage, les minima sociaux, la dépendance, le handicap et la famille. L'auteur en fait un bilan et met en évidence les principales caractéristiques.

Limousin M. (2011). La question du handicap et de la dépendance. *Cahiers de santé publique et de protection sociale (Les)*, 84-88

Ruol V. (2011). Le financement de la dépendance par l'assurance privée. *Droit Social*, (7/8) : 844-848.

Une grande consultation est en cours actuellement sur la prise en charge de la dépendance des personnes âgées en France et surtout sur ses modes de financement. Plusieurs pistes sont évoquées, parmi lesquelles le recours à un système d'assurance privée obligatoire (Rapport dit Rosso-Debord, Assemblée nationale, juin 2011). Ce rapport d'information préconisait la souscription dès 50 ans d'une assurance des personnes contre la perte d'autonomie auprès de l'établissement labellisé de leur choix : mutuelle, société de prévoyance, assurance privée. Cet article fait l'hypothèse que l'option de confier à des assureurs privés une couverture dépendance obligatoire est retenue. Il ne s'intéresse pas aux problèmes de sélection qui pourraient à eux seuls faire l'objet d'une ample littérature.

Vanackere C. (2011). Quelques repères sur la dépendance. *Espace Social Européen*, (964) : 12.

Alors que l'année 2011 devrait être celle de la construction de nouvelles réponses pour le risque de perte d'autonomie, l'article suggère une série de données pour mieux comprendre la situation et les enjeux d'un chantier qui semble, enfin, s'ouvrir pour de bon.

(2010). Cinquième risque dépendance : une réflexion du professeur Jean-Pierre Bader. Industrie Pharmaceutique Hebdo : Fiche, (695) : 6-10.

Ce n'est qu'une fois achevé le chantier de la réforme des retraites que le gouvernement devrait présenter un projet de loi sur le cinquième risque de la protection sociale. Cet article fait une analyse de la réflexion du professeur Jean-Pierre Bader, qui dresse un état des lieux de la prise en charge actuelle des personnes âgées dépendantes en France et des obstacles qu'il conviendrait de supprimer pour réconcilier le "cure" et le "care" dans l'organisation de la prise en charge sanitaire et sociale.

Cytemann L. (2010). Le rôle des départements en matière de prise en charge de la dépendance. Informations sociales, (162) : 130-133

La prise en charge des personnes âgées dépendantes est assurée aujourd'hui par différentes instances : départements, Sécurité sociale, communes, Agences Régionales de Santé. L'accroissement prévu des besoins donc des dépenses pose la question de la capacité de financement à terme des départements. C'est l'un des enjeux à venir de la réforme de la prise en charge de la dépendance.

Fremaux P., Pech T., Dorival C., Clerc C., Palier B. (2010). Comment sauver la protection sociale ? Alternatives Economiques, (296) : 56-66.

La protection sociale coûte cher. Trop cher pour ceux qui veulent à tout prix limiter les dépenses dans en apprécier toujours les bénéfiques. Elle reste pourtant indispensable à la cohésion sociale et au fonctionnement de l'économie. Mais si l'on veut la sauver, il faut aussi la faire évoluer. Tel est la problématique de cet article

Horwitz M., Moran M., Union Fédérale des Consommateurs. (U.F.C.). Paris. FRA (2010). Garantir le risque dépendance. Que Choisir ?, 4-23.

Les pouvoirs publics envisageaient il y a quelques mois de faire entrer le "risque dépendance" dans le champ de la Sécurité Sociale. Il semble qu'ils se dirigent actuellement vers une souscription obligatoire à une assurance dépendance. Ce dossier fait le point sur l'évolution législative de la prise en charge de l'autonomie, sur l'avenir du 5e risque et compare les différents contrats d'assurance dépendance existants

Joel M.E. (2010). Le cinquième risque : le défi du financement. Les Cahiers Français, (358) : 83-89.

Le débat autour du "cinquième risque" porte sur sa nature par rapport aux autres risques de sécurité sociale, la population concernée, la part revenant au public, aux ménages et aux assurances dans le financement. L'auteur présente les deux scénarios relatifs au financement de la dépendance, le premier caractérisé par le maintien d'une part majoritaire de la solidarité collective, le second privilégiant le recours à l'assurance privée et prévoyant aussi, selon le patrimoine des personnes, une part récupérable sur la succession.

Jamot M. (2010). A propos du cinquième risque. Cahiers Hospitaliers, (272) : 25-28.

Le collectif "Une société pour tous les âges" rassemble des "experts", des individus, qui représentent ou non leurs structures de référence, des militants de longue date sur les questions de société autour du vieillissement, des situations de handicap, du "vivre ensemble dans une société pour tous les âges". Ils se rencontrent régulièrement pour réfléchir, agiter des idées, proposer des démarches pédagogiques pour des débats de société sur les questions du vieillissement, du maintien de l'autonomie, de l'accompagnement de cette autonomie quel que soit l'âge... Dans l'article ci-dessous, Jean-Claude Henrard professeur de santé publique, rappelle quelques fondamentaux sur "le cinquième risque dépendance", c'est-à-dire la mise en place d'une prestation universelle de protection sociale pour la compensation de la perte d'autonomie quel que soit l'âge

Le Bihan-Youinou (2010). La prise en charge des personnes âgées dépendantes en France. Informations Sociales, (157) : 124-1330.

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. (Adapté du R.A.)

Le Bouler S., Rosso-Debord V., Ferrand O., Gramain A., Wittver J., Le B.B., Martin M. (2010). La dépendance des personnes âgées : quelle réforme ? Regards Sur L'Actualité, (366) : 8-73.

Ce dossier se propose de faire un point sur le débat concernant le financement de la dépendance des personnes âgées. Il revient notamment sur les raisons de la réforme à venir, en analyse les enjeux et présente les principales pistes proposées par les différents acteurs

Merrin F.X., Nezos G., Palier B., Tronquoy P. (2010). La protection sociale : quels débats ? Quelles réformes ? Les Cahiers Français (358)

Quatre ans après un numéro des Cahiers français consacré à l'examen du modèle social, ce numéro spécial de Cahiers français entend interroger le système de protection sociale dans sa genèse, ses fonctionnements, ses changements ou ses transformations

Dupuis Y.J., Dubout A., Darnault M., Vachey L., Marini P., Delaunay M., Lecas F. (2009). Dossier. Les enjeux du 5ème risque : une nouvelle protection sociale nécessaire. Perspectives Sanitaires et Sociales, (202) : 14-25.

Le 5ème risque constitue un nouveau champ de protection sociale, s'ajoutant à ceux préexistants : la maladie, la famille, les accidents du travail et les retraites. Appelé aussi "Risque dépendance", cette branche de protection sociale vise à la prise en charge de la perte d'autonomie, concernant donc deux populations distinctes : les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées. Dépendance, handicap et autonomie sont les notions clefs contribuant à la bonne compréhension du périmètre couvert par le 5ème risque.

Piveteau D. (2009). Le financement de la perte d'autonomie. Sève : les Tribunes de la Santé, (24) : 23-28.

Les prestations d'aide à l'autonomie pour les personnes handicapées et âgées dépendantes représentent des sommes de près de 6 milliards d'euros par an à la charge des départements. Quand l'assurance maladie couvre le soin qui soigne (de l'anglais, to cure), l'aide à l'autonomie couvre plutôt le to care, le prendre soin. Mais si les concepts, et donc les financements, doivent être absolument distingués, la frontière entre ces deux notions est poreuse. L'articulation des deux prises en charge est donc un enjeu essentiel.

Argoud D., Henrard J.C., Villez A., et al. 2008). Les coûts de la vieillesse et le « cinquième risque ». Documents Cleirppa, (Cahier n° 29) : 1-18.

Après un historique sur la politique vieillesse en France et une définition des concepts : « handicap » et « invalidité », ce dossier sur le coût de la vieillesse aborde les problématiques suivantes : le pourquoi et le comment du cinquième risque, la possibilité d'une prestation unique d'aide à l'autonomie concernant les personnes âgées et les personnes handicapées, les services d'aides et de soins à domicile aux personnes âgées et le coût psychologique du vieillissement.

Beliard A., Lacan L., Roy D. (2008). Justice intrafamiliale et solidarité publique : des opinions dans leur contexte. Retraite et Société, (53) : 21-47.

Quelles sont les normes actuelles de mobilisation autour d'un parent dépendant en France ? Dans le cas des personnes âgées, la solidarité familiale est encadrée par la règle légale de l'obligation alimentaire, qui permet à une personne ne pouvant subvenir seule à ses besoins de faire appel à l'aide financière de certains de ses parents. Il existe par ailleurs d'autres sources légales de définition de la parenté, notamment les règles successorales. Dans quelle mesure ces définitions et principes légaux de la parenté font-ils l'objet d'une intériorisation morale ? Comment s'articulent-ils avec la diversité des pratiques familiales mises en évidence par les investigations sociologiques et anthropologiques sur la parenté ? Les auteurs utilisent les résultats de l'enquête Medips, construite à partir d'un échantillon de personnes âgées souffrant de troubles cognitifs et de leur entourage. Ils s'appuient d'une part sur l'exploitation de questions d'opinion, d'autre part sur l'analyse du déroulement de l'enquête.

Elbaum M. (2008). Les réformes en matière de handicap et de dépendance : peut-on parler de "cinquième risque" ? Droit Social, (11) : 1091-1102.

Les réformes engagées en matière de handicap et de dépendance font référence à l'idée d'instaurer un cinquième risque au sein de la protection sociale, qui serait consacré à l'ensemble des limitations d'autonomie. Ce cinquième risque aurait pour vocation à constituer un nouveau champ de la protection sociale, en ouvrant à tous ceux qui ont besoin quel soit leur âge un droit universel à la compensation pour autonomie, c'est-à-dire au financement d'un plan d'aide personnalisé établi en fonction de leurs besoins. Cet article fait le point sur le modèle français existant et présente les réformes en cours. Il analyse aussi quelques modèles expérimentés à l'étranger.

Henrard J.C. (2008). Répondre à la dépendance et aux handicaps : 5ème risque ou 5ème branche de sécurité sociale ? Gérontologie et Société, (123) : 213-227.

Lutter contre l'extrême fragmentation des dispositifs de prise en charge des situations de handicap, implique de concentrer les sources de financement collectif, de décentraliser la gestion et la dispensation des soins de longue durée à un niveau très local et à des acteurs rendus responsables-. Cela impose des réformes de structure, pour changer les pratiques. Lutter contre les inégalités d'accès aux aides et aux soins implique de veiller à ce que ce 5ème risque, pour les personnes en situation de handicap, quel que soit leur âge, soit financé principalement, de manière solidaire, par l'ensemble des contribuables ou assurés. Sa gestion doit être organisée de manière à ce que des différences d'âge, de revenus, de territoire, ne conduisent pas des personnes à être moins bien aidées ou soignées. Il en va du maintien des valeurs humanistes de solidarité et d'égalité qui sont le socle de notre modèle social et le garant de notre contrat social.

Laroque G. (2008). Protection sociale - sécurité sociale - handicap et dépendance - cinquième risque. Documents Cleirppa, (Cahier n° 32) : 27-31.

Cet article retrace l'historique de la protection sociale en France et, plus particulièrement, celui du 5ème risque, ou risque handicap-dépendance. L'auteur, en analysant les lois du 30/06/1975 et du 11/02/2005, montre l'évolution des définitions des termes « personne handicapée » et « personne dépendante » et explique l'évolution de la politique de leur prise en charge qui en résulte.

Moreau B. (2008). Un nouveau champ de protection sociale : le 5e risque. Etudes, 183-193.

Le débat sur la création d'une cinquième branche de protection sociale, ou de cinquième risque de sécurité sociale, porte sur la manière d'accompagner au mieux la fragilité des personnes vieillissantes et des personnes qui vivent un handicap : quelles réponses apporter à ces personnes en situation de perte d'autonomie ? Quel concours offrir à leur entourage familial ?

Moreau B. (2008). Comment prendre en charge les personnes âgées dépendantes ? Problèmes Economiques, (2959) : 43-48.

La question de la prise en charge des personnes âgées est, avec le vieillissement de la population dans les pays industrialisés - l'espérance de vie en France continue de progresser et dépasse, tous sexes confondus, 81 ans - est devenue cruciales. La dépendance des personnes âgées devrait, selon l'auteur, faire l'objet d'un traitement à part qui nécessiterait la création d'une cinquième "branche" de la protection sociale, venant en sus des quatre déjà existantes : l'assurance-maladie, les accidents du travail, l'assurance vieillesse et les prestations familiales. L'insertion dans la société des personnes âgées non autonomes est d'autant plus importante qu'elles sont, en France, nombreuses : 6,4 millions actuellement et près de 8 millions en 2020. L'auteur revient également sur la loi du 5 février 2005 qui a constitué une avancée considérable en la matière. Celle-ci a en effet permis de définir le handicap, d'identifier les sources de financement des prestations et de créer des maisons départementales de personnes handicapées.

Endroit A. (2007). Le défi financier de la dépendance des personnes âgées. Bulletin Juridique de la Santé Publique, (104) : 14-15.

Il est désormais banal d'affirmer que la société française est confrontée au défi du vieillissement de la population et de la dépendance des personnes âgées. Les pouvoirs publics sont donc confrontés à la double nécessité de mettre en place une politique qui

permette à la fois de réduire les inégalités et de répondre aux besoins de financement à venir.

Duee M., Rebillard C. (2006). Contexte démographique et économique. In : Les personnes âgées en situation de dépendance. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, (56) : 20-38.

On comptait 800 000 personnes âgées en situation de dépendance en 1999, on peut prévoir qu'il y en aura un million à l'horizon 2030. Quel coût représente leur prise en charge et comment sera-t-elle financée ? Par ailleurs, le recours à une main-d'œuvre qualifiée et en quantité suffisante doit être envisagé.

Coutton V. (2006). Les coûts de prise en charge des personnes âgées dépendantes cognitives : un exemple avec le dispositif de l'APA. *NPG. Neurologie, Psychiatrie, Gériatrie*, (31) : 33-37.

Cet article rend compte d'une étude évaluant le nombre de personnes âgées dépendantes cognitives et le coût de leur prise en charge dans le cadre législatif de l'APA

Argoud. (2005). La CNSA : un nouveau mode de gestion de la protection sociale ? *Cahier Documents Cleirppa.*, (19) : 28-30.

La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) a été créée par la loi du 30 juin 2004, tandis que la récente loi sur le handicap du 11 février 2005 en a précisé les missions

Jeger F. (2005). L'allocation personnalisée d'autonomie : une analyse des disparités départementales en 2003. *Etudes et Résultats*, (372)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er372.pdf>

Le nombre de bénéficiaires de l'APA pour mille habitants de 75 ans ou plus varie de 100 à 300 entre les départements extrêmes de la France métropolitaine, une variabilité plus forte s'observe pour l'Apa attribuée aux personnes en Gir 4. Plus de 60% de ces écarts s'expliquent par la structure sociodémographique des départements : les bénéficiaires de l'Apa sont plus nombreux dans les départements à forte population rurale, et dans ceux où la part des agriculteurs et des ouvriers a été grande. Ils sont aussi plus nombreux dans les départements où il y a une plus forte proportion de bénéficiaires du minimum vieillesse. Les 32% qui restent inexpliqués peuvent traduire d'autres aspects des politiques en faveur des personnes âgées. Les disparités entre les montants moyens des plans d'aide sont pour leur part limitées, étant là encore plus étendues quand l'Apa est attribuée à des personnes classées en Gir 4

Lafore R. (2005). La décentralisation de l'action sociale : l'irrésistible ascension du "département providence". *Revue Française des Affaires Sociales*, 58 (4) : 19-60.

La France vient de connaître un second mouvement de décentralisation après celui des années 1982-1983. En matière d'action sociale, il conforte les choix opérés antérieurement en confiant à la collectivité départementale l'essentiel des attributions, tant en ce qui concerne le pilotage des politiques que, pour une large part, leur mise en œuvre. Notamment, le département devient l'acteur central des politiques d'insertion des populations en difficulté. Cette logique ne manque pas de soulever des questions si l'on considère au fond que c'est l'essentiel des politiques publiques en direction des populations fragiles, précaires ou encore dépendantes et inadaptées qui sont renvoyées au niveau local alors que la régulation des activités économiques et la production des richesses sont du ressort de l'Etat et au-delà relèvent largement des instances européennes.



Loones A. (2005). Approche du coût de la dépendance des personnes âgées à domicile. Cahier de Recherche, (221)

<https://www.ehess.fr/fr/revue/cahiers-d%C3%A9tudes-africaines-n%C2%B0221-222>

En 2002, a été mis en place un nouveau droit pour les personnes dépendantes : l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). Le nombre de bénéficiaires a largement dépassé les prévisions, ce qui entraîne des surcoûts : pour les conseils généraux qui dans le cadre de la décentralisation se sont vus attribuer la gestion de l'aide, mais aussi pour l'État qui participe au titre de la solidarité nationale, et pour les personnes âgées qui voient leur contribution augmenter avec leurs revenus. Ce cahier de recherche a pour objectif de mesurer le coût financier global que représente la prise en charge de la dépendance à domicile en France, mais aussi de repérer les disparités de participation sur le territoire. En effet, les conseils généraux et les communes ont développé, en dehors de l'APA, des actions spécifiques envers les personnes âgées qui ont un impact important sur les dépenses auxquelles doivent faire face les dépendants. Trois monographies ont été menées dans des départements différents. Elles confirment l'énorme diversité des tarifs proposés au niveau de l'aide à domicile. Ces diversités locales posent la question de la pertinence d'une allocation égale sur tout le territoire.

(2004). Vieillesse et dépendance. Problèmes Politiques et Sociaux, (903)

Alors qu'elle relevait avant la Seconde guerre mondiale de la seule sphère privée, la prise en charge des personnes âgées est devenue, à la suite de la mise en place et de la généralisation des systèmes de protection sociale, une préoccupation collective. Or, son financement sera de plus en plus problématique à partir de 2005, avec l'arrivée des générations du baby-boom à l'âge de la retraite, et plus encore à compter de 2020, au moment de leur entrée dans le quatrième âge. Évitant le regard " misérabiliste " trop souvent porté sur la vieillesse, ce dossier présente les débats relatifs aux effets du vieillissement notamment sur la santé, puis offre une description des différentes réponses apportées à la dépendance des personnes âgées. Enfin, il évoque les adaptations que le dispositif gérontologique français doit réaliser afin de faire face aux contraintes économiques et de réduire les inégalités intra et intergénérationnelles liées au vieillissement démographique.

Bechtel J., Caussat L. (2004). Peut-on estimer les dépenses sociales liées à la perte d'autonomie ? In : Outils et méthodes statistiques pour les politiques de santé et de protection sociale. Dossiers Solidarité et Santé, (1) : 7-16.

Cet article soulève la question de l'évaluation du coût global des dépenses liées à la perte d'autonomie ; c'est-à-dire à l'ensemble des dépenses mises en œuvre par les administrations publiques pour compenser les pertes de revenus et de bien-être encourues par les personnes dont l'autonomie est limitée. Les auteurs analysent les difficultés techniques liées à la complexité de l'appréhension et de la mesure des différents programmes qui concourent à cet objectif. Ils évoquent également les questionnements quant au périmètre même d'un " risque de perte d'autonomie " et à sa relation avec les autres risques sociaux.

Coudray Omnes C., Van den Brink H. (2004). Conséquences économiques de la sortie de réserve hospitalière des médicaments antirétroviraux. Journal d'Economie Médicale, 22 (5) : 243-253.

Les médicaments qui sortent de la réserve hospitalière changent de statut, ils deviennent des médicaments à prescription initiale hospitalière. Ce changement de statut s'accompagne

d'un changement de prise en charge financière. En effet, le médicament auparavant financé par la dotation globale de fonctionnement des établissements hospitaliers publics et PSPH est désormais pris en charge par l'assurance maladie. En prenant l'exemple de la classe des médicaments antirétroviraux ayant été soumis à cette procédure réglementaire en 1977, une étude pragmatique a été réalisée grâce à deux sources privées d'informations statistiques sur le médicament et à une source publique MEDIC'AM. Une question majeure a été posée, à savoir le montant transféré de la dotation globale hospitalière sur le budget de l'assurance maladie. Le poids des antirétroviraux pour la collectivité a doublé en cinq ans et s'élève en 2002 à presque 500 millions d'euros. Le changement de statut des médicaments antirétroviraux ne semble pas être la cause de cet effet inflationniste. (résumé d'auteur)

Bagur A.L. (2003). L'assurance privée face à la dépendance. *Retraite et Société*, (39) : 38-57.

<https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe1-2003-2-page-37.htm>

Depuis la mise en application de l'APA en janvier 2002, le débat autour de la place de l'assurance privée par rapport au risque de la dépendance est relancé. Est-il encore justifié de vouloir s'assurer ? Quelles solutions sont proposées par le marché ? Quelles sont les perspectives d'évolution ? (introduction)

Baudier-Lorin C. (2003). La mise en œuvre de l'Allocation personnalisée d'autonomie par les départements au premier semestre 2002. *Etudes et Résultats*, (227)

<https://www.infirmiers.com/pdf/er227.pdf>

Pour apprécier les modes d'organisation mis en place dans les départements avec l'entrée en vigueur de l'Allocation spécifique dépendance (APA) au 1er janvier 2002, la Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) a mené une enquête auprès des conseils généraux en juin 2002. Ce document propose les résultats de cette enquête au premier semestre 2002 : supports d'information utilisés pour l'APA, personnel utilisé, délai d'instruction, de décision et de versement de l'APA, tarif d'aide à domicile appliqué...

Belanger M. (2003). La mise en œuvre de l'Allocation personnalisée d'autonomie dans six départements. *Études et Résultats*, (264)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er264.pdf>

Cette étude concernant la mise en place de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) dans six départements fait suite à une précédente étude, achevée en 2000, portant sur la mise en œuvre de la Prestation spécifique dépendance (PSD) dans les mêmes départements. Elle concerne uniquement l'APA attribuée aux personnes âgées vivant à domicile, et s'est déroulée au cours du premier trimestre 2003. L'objet de cet article est de comparer les modalités de mise en œuvre du dispositif de l'APA à partir des monographies réalisées dans les six départements, et d'identifier les changements induits par le nouveau dispositif.

Borgetto M. (2003). Le droit face à la dépendance de personnes âgées : la difficile gestation de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie. *Regard*, (23) : 16-31.

Cet article s'attache à examiner la mise en place de l'APA. Les conditions de sa gestation témoignent des difficultés rencontrées par le législateur pour tenter de donner au problème de la dépendance des éléments de solution. Il décrit le processus ayant conduit d'une part à la création de la PSD et, d'autre part, au remplacement relativement rapide de celle-ci par l'APA.

Boulard J.C., Belorgey J.M., Borgetto M., Leger S., Lenain J., Colvez A., Duraffourg M., De Mourgue J.L., Buffin F., Kessler F. (2003). Les évolutions de la protection sociale. Thème central : la dépendance. *Regards*, (23) : 3-112.

Ce dossier concerne la prise en charge de la dépendance en France. Il examine la gestation de l'Allocation d'Autonomie, sa mise en place, son fonctionnement et le Fond de financement de l'APA (objet, statut, activité). Il présente également les instruments de mesure de la dépendance, la réforme des EHPAD, la prestation dépendance dans le secteur de l'assurance privée. Enfin, il compare la prise en charge de la dépendance en Europe et pose le problème de la prise en compte de la dépendance en tant que 5ème risque de sécurité sociale.

Buffin F. (2003). De l'autre côté du miroir. De l'Allocation pour l'Autonomie vue d'une caisse de sécurité sociale. *Regards*, (23) : 104-112.

Cet article est une réflexion sur le mode de financement de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie. Il plaide pour une rationalisation financière nécessaire pour pérenniser l'APA en proposant notamment la réouverture du débat sur la dépendance en tant que 5ème risque afin que les organismes de sécurité sociale y jouent un rôle.

Colvez A. (2003). Mesure de la dépendance des personnes âgées. Evaluation multidimensionnelle. Plan d'aide. Eligibilité aux prestations. *Regards*, (23) : 62-77.

Cet article aborde le problème de la santé des personnes âgées dans le contexte plus large de l'ensemble des états chroniques invalidants. Aujourd'hui, l'approche de la santé des personnes âgées a évolué vers la réduction du désavantage que la maladie entraîne dans la vie du sujet. L'article présente les principaux concepts utilisés pour définir les conséquences des états cliniques, établi par l'OMS. Il aborde ensuite les principaux instruments de mesure de la dépendance et l'évaluation multidimensionnelle, la construction d'un plan d'aide, le financement des prestations, la coordination et les instruments d'éligibilité.

De Mourgue J.L. (2003). La prestation dépendance dans le secteur de l'assurance. *Regard*, (23) : 85-91.

Cet article examine le rôle que pourrait jouer l'assurance privée dans le financement de la dépendance. Il présente l'expérience du groupe AGRR qui a lancé le produit SAFIR destiné à permettre le versement d'une rente viagère aux assurés en situation de dépendance lourde. Il examine également les autres formes de couverture dépendance.

Kerjose R., Bagur A.L., Cambois E., Robine J.M. (2003). Nouvelles données sur le grand âge : autonomie et dépendance. *Retraite et Société*, (39)

<https://www.statistiques-recherches.cnnav.fr/images/publications/retraite-societe/Retraite-Societe-39.pdf>

De la réforme de la tarification des établissements pour personnes âgées dépendantes initiée en 1999, à la loi du 2 janvier 2002 qui réaffirme les droits des usagers des établissements sociaux et médico-sociaux, en passant par la création de l'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa) et la naissance, en mars 2002, du diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS), le secteur de l'aide aux personnes âgées a connu, ces dernières années, des mutations importantes. Et ce, alors que des progrès considérables étaient réalisés en

parallèle dans la connaissance de l'épidémiologie du vieillissement et des conditions de vie des personnes âgées. Ce numéro de Retraite et Société est consacré au secteur de l'aide aux personnes âgées, tente de faire le bilan de ces avancées. Cinq articles éclairent les perspectives à venir en matière d'autonomie et de prise en charge des personnes âgées : personnes âgées dépendantes, dénombrement, projection et prise en charge ; l'assurance privée face à la dépendance, concepts et mesures de l'incapacité, la santé auto-estimée des hommes et des femmes à l'époque de la retraite, l'enjeu de la professionnalisation du secteur d'aide à domicile en faveur des personnes âgées.

Lenain J. (2003). Le fonds de financement de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie : objet - statut - activité. *Regards*, (23) : 45-61.

Cet article présente le rôle du fonds de financement de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (FFAPA). Ce dernier a pour mission principale de contribuer au financement de l'APA par abondement des budgets départementaux. L'article décrit tout d'abord les conditions de constitution des coûts et des modalités de financement de l'APA, puis examine les activités du FFAPA. Enfin, il cerne les montants en cause et les financements mobilisés pour les années 2002 et 2003.

Lorenzi J.H., Plisson M., Davin B., et al. (2003). Quelles solutions vis-à-vis de la dépendance ? *Risques*, (55) : 59-128.

La revue Risque s'intéresse à la question de la dépendance depuis plusieurs années. Elle lui a déjà consacré plusieurs numéros. Ce sujet a également donné lieu à l'organisation d'un colloque à l'université Paris Dauphine en mai dernier. Il y a quelques mois, elle a décidé de réunir les avis des différents experts afin de faire progresser la réflexion sur ce sujet. Voici les principaux résultats. La dépendance qui peut se définir comme la perte d'autonomie face aux actes de la vie quotidienne nécessitant l'aide d'une tierce personne, soulève cependant des difficultés méthodologiques comme le souligne l'article proposé par l'Inserm. L'étude de la Scor précise la définition de la perte d'autonomie diffère fortement selon le pays. Le risque de dépendance est extrêmement mal couvert, comme le rappelle l'étude de Marcel Plisson.

Pennec S. (2003). L'institutionnalisation du salaire filial à travers la Prestation Spécifique Dépendance et l'Aide Personnalisée à l'Autonomie. *Gérontologie et Société*, (104) : 213-230.

L'article cherche à rendre compte du travail filial à l'égard des ascendants dépendants lors du passage de son exercice profane ordinaire à celui du statut d'employé de ses parents, dans le cadre des politiques publiques instaurant la Prestation Spécifique Dépendance, puis l'Aide Personnalisée à l'Autonomie. Sont présentées en premier lieu l'appartenance sociale des enfants qui deviennent employés de leurs ascendants, ainsi que les caractéristiques d'un tel travail et la forme de salariat qui lui est attaché. En second lieu, l'accent est porté sur certaines modalités d'entrée dans ce statut lors de la mise en place des plans d'aide et sur les risques d'enfermement sur l'espace domestique. Le dernier point met en évidence la complexité des configurations familiales et interroge les effets de la salarisation du travail filial sur les situations individuelles.

Riehm-Cognee A., Kessler F. (2003). Une nouvelle réforme pour rien de l'aide aux personnes âgées dépendantes : commentaire de la loi n° 2003-289 du 31 mars 2003. *Revue de Droit Sanitaire et Social*, (3) : 514-525.

La loi n° 2003-289 du 31 mars 2003 et son décret d'application viennent de modifier le régime de l'allocation personnalisée d'autonomie. L'adoption de ce texte a été imposée par une situation financière délicate (I) : le besoin des personnes dépendantes a été sous-évalué lors du projet de loi relatif à l'APA et le financement du dispositif se révèle complexe et insuffisant. Les mesures retenues constituent dans l'ensemble des mesures d'urgence. Elles ne règlent pas les problèmes de fond et se limitent à des mesures directes ou indirectes d'économie (II).

Assous L., Mahieu A. (2002). L'assurabilité de la dépendance et sa prise en charge par le secteur privé. Une mise en perspective internationale. *Revue Economique*, 53 (4) : 887-911.

L'assurance dépendance rencontre un certain nombre de difficultés : d'une part, les difficultés "habituelles" de l'assurance (aléa moral, antisélection) ; d'autre part, l'assurance dépendance se heurte à des incertitudes majeures quant à l'évolution tant des probabilités d'entrée en dépendance que du coût unitaire des soins et aides de longue durée. En réponse à ces incertitudes, les assureurs proposent généralement des polices qui limitent leur exposition au risque en reportant une part importante sur les assurés : la quasi-totalité des contrats prévoit ainsi des prestations forfaitaires qui ne sont versées qu'en cas de dépendance très lourde.

(2002). Allocation personnalisée d'autonomie. Modalités pratiques. *Liaisons Sociales - Législation Sociale*, (8248)

La nouvelle allocation personnalisée d'autonomie (APA) est entrée en vigueur au 1er janvier 2002. Instituée par la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, son régime a été précisé par quatre décrets d'application du 20 novembre 2001 nécessaires à sa mise en œuvre. Le ministère de l'Emploi et de la Solidarité a accompagné la mise en place au 1er janvier 2002 de l'APA d'un dispositif d'information qui s'articule autour d'un double axe : D'une part, l'information individuelle des personnes concernées et la réponse personnalisée aux questions, avec la réalisation d'un dépliant grand public et la mise en place d'un numéro vert jusqu'au mois de mars 2002 ; D'autre part, l'information exhaustive des professionnels sur la mise en œuvre de l'APA et ses modalités par l'intermédiaire d'un guide pratique. Ce guide, à jour au 1er décembre 2001, est composé de trois parties (dont nous ne reproduisons intégralement que la première) : l'instruction et le fonctionnement de l'APA, l'organisation et le financement de l'APA, la loi et les décrets.

(2002). In : Vieillesse et santé. *Santé Société et Solidarité : Revue de L'Observatoire Franco-Québécois*, (2)

Ce deuxième numéro de Santé, Société et Solidarité aborde, comme ce fut le cas pour le premier numéro, une des questions majeures qui agitent nos pays développés : le vieillissement de la population. Grâce aux réseaux de l'Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité, il a réussi à mobiliser quelques-uns des meilleurs spécialistes, tant québécois que français, de la dépendance. Ils analysent ici successivement son ampleur, sa prise en charge, publique ou familiale, les expériences menées en France comme au Québec pour optimiser son traitement, la politique mise en place en Allemagne pour assurer son financement et enfin, l'évolution prévisible de son coût, étude dont les conclusions en surprendront plus d'un. Loin de minimiser l'importance du problème, leurs contributions permettront à nos lecteurs, nous l'espérons, de mieux discerner le vrai et le faux dans l'avalanche de discours alarmistes que les médias véhiculent sur ce sujet

Assous L., Mahieu R. (2001). Le rôle de l'assurance privée dans la prise en charge de la dépendance : une mise en perspective internationale. *Série Etudes - Document de Travail - Drees*, (21)

La première partie propose une revue rapide de la place de l'assurance privée dans la prise en charge de la dépendance des personnes âgées dans divers pays étrangers. La deuxième partie explicite certaines des raisons qui peuvent justifier la faiblesse de la demande d'assurance dépendance. La troisième partie pose la question de la saturabilité même du risque de dépendance par un marché privé en raison notamment des incertitudes sur les coûts à long terme

Fontenelle N. (2001). L'allocation personnalisée à l'autonomie en cinq questions. *Moniteur des Pharmacies et des Laboratoires (Le)*, (2424) : 22-24.

A partir du 1er janvier, les personnes âgées dépendantes disposeront d'une nouvelle aide financière : l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA). Depuis le 1er décembre, les dossiers pour en bénéficier peuvent être envoyés dans les départements. Les questions à l'officine pourraient rapidement fuser. Voici quelques éléments qui vous permettront aux pharmaciens d'y répondre

Jourdain A. (2001). L'usage sélectif des évaluations des PED et PSD par le décideur : soutien aux innovations institutionnelles - réticence à payer le prix de la dépendance. *Gérontologie et Société*, (99) : 255-270.

Au début des années 90, en France, la politique en faveur des personnes âgées dépendantes se caractérisait par l'absence de vision partagée entre les acteurs. La formation d'une politique cohérente a suivi trois phases : expérimentation d'une gestion cohérente des aides dispersées offertes par les différentes institutions de protection sociale, choix d'un opérateur unique (Conseil Général) avec définition de critères nationaux d'attribution de la prestation (PSD), enfin, définition d'un niveau financier accessible aux classes moyennes et conforme aux standards européens (APA). Le modèle suivi n'est pas le cycle expérimentation-évaluation-généralisation, mais plutôt l'apprentissage collectif par les acteurs de la gestion d'allocations financières à partir des problèmes de la population, dont les résultats validés seraient pris en compte par le décideur politique.

Kerjosse R. (2001). La prestation spécifique dépendance à domicile : l'évaluation des besoins par le plan d'aide. *Etudes et Résultats*, (136)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er136-2.pdf>

L'enquête réalisée auprès des conseils généraux en 2000 sur un échantillon de dossiers de demandeurs de la PSD vivant à domicile, et dont les résultats sont présentés dans ce document, apporte, outre des éléments d'évaluation de la PSD, un éclairage dans la perspective de la mise en place de l'APA. Elle informe en effet sur les aides dont dispose la personne âgée avant sa première demande de prestation et sur la façon dont les besoins des personnes âgées dépendantes sont pris en compte à travers le plan d'aide proposé par l'équipe médico-sociale. Une comparaison avec le montant de la PSD accordée et son équivalence en nombre d'heures d'aide à domicile permet de préciser la réponse qui était apportée jusqu'ici à ces besoins.

Kessler F. (2001). L'allocation personnalisée autonomie : une nouvelle prestation ? (commentaire de la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001). *Revue de Droit Sanitaire et Social*, (4) : 663-680.

La nouvelle loi instituant une allocation personnalisée autonomie prône une prestation dont le montant est fonction des ressources des bénéficiaires, versée par le conseil général après examen de la situation de l'intéressé reposant sur la grille AGGIR. En ce sens elle ne se distingue guère de la PSD, sinon par un financement complexe.

Lechevalier A., Ullmo Y. (2001). La réforme de la protection sociale du risque dépendance : les enjeux économiques et sociaux. *Revue de L'Ofce : Observations et Diagnostics Economiques*, (77) : 157-198.

La prise en charge de la dépendance est un exemple particulièrement significatif des problèmes, anciens et nouveaux, qui se posent au système de protection sociale français et, plus généralement, à la politique sociale du pays. Après avoir montré que la situation actuelle et les perspectives de la dépendance et de l'action publique en la matière dépendent d'évolutions démographiques et sanitaires incertaines, mais aussi et surtout d'un système d'offre et de financement sur lequel il est souhaitable d'agir, cet article décrit le dispositif actuel, provisoire, et, en attente d'une réforme annoncée, de la prestation spécifique dépendance (PSD), et établit le bilan négatif de cette expérience. Le projet de réforme annoncé en mars 2001 par le gouvernement remédie aux insuffisances et aux dysfonctionnements les plus marquants de la PSD. Mais se situant dans la continuation - certes amendée - des dispositifs actuels, il laisse ouvertes un certain nombre de questions de fond qui sont ici analysées.

Phillippon Y., Durand F., Lusson F. (2001). Une expérience de quinze ans dans la couverture de la dépendance. *Risques* (47) : 54-59.

Pionnier de l'assurance dépendance individuelle, le groupe AG2R dispose aujourd'hui d'une base statistique conséquente sur une sinistralité encore mal connue. Conscient de cet atout, il s'est doté de moyens de suivi précis de l'évolution du risque et s'est engagé dans des actions de prévention à destination des assurés. Avec Prima, sa compagnie d'assurance non-vie, le groupe AG2R occupe depuis quinze ans la position de leader de l'assurance individuelle de la dépendance.

Ruault M. (2001). Evolutions récentes de l'aide sociale : la prestation spécifique dépendance et la CMU. *Regards Sur L'Actualité*, (268) : 15-29.

Après avoir posé le cadre juridique de l'aide sociale ainsi que les principes qui soutiennent son intervention, cet article examine deux réaménagements, qui ont marqué des évolutions récentes en matière d'aide sociale. Dans un premier temps, il analyse l'aide sociale aux personnes âgées, au sein de laquelle l'émergence d'un nouveau besoin, la dépendance, a conduit à la création d'une prestation spécifique dépendance. Dans un second temps, il se penche sur la réforme de l'aide médicale, dont l'aboutissement a été la création d'une couverture maladie universelle.

Le Bihan.B., Martin C., Schweyer F.X., et al. (2000). La prestation spécifique dépendance à domicile en pratique dans six départements. *Etudes et Résultats*, (64)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er064.pdf>

Cette première étude sur la prestation spécifique dépendance à domicile (PSD) dans six départements analyse de façon comparée le fonctionnement institutionnel et les modalités de mise en œuvre de cette prestation à travers ses différentes étapes d'attribution : information, constitution du dossier et instruction administrative. Elle fait également état du point de vue des acteurs sur le dispositif.

Martin C. (2000). Atouts et limites de l'expérimentation : l'exemple de la prestation dépendance. In : L'expérimentation sanitaire et sociale. *Revue Française des Affaires Sociales*, (1) : 47-58.

Cet article illustre, à travers l'exemple de la prestation dépendance, les atouts et les limites de l'expérimentation dans le processus de l'élaboration d'une réforme. En effet, malgré un large consensus sur les nombreux problèmes qu'allait poser le vieillissement global de la population, les gouvernements qui se sont succédé depuis le début des années quatre-vingt ont éprouvé beaucoup de difficultés à construire une politique cohérente et définitive. Cette indécision a donné lieu à toute une série d'initiatives et d'étapes classiques dans la définition d'une politique publique : production de rapports, propositions de lois, avant de recourir à la formule de l'expérimentation associée à son évaluation. On s'aperçoit très bien à travers cette étude de cas de la difficulté de recourir à un schéma idéal, linéaire, entre la définition des modalités de l'expérimentation, son évaluation et la décision de généralisation.

Comité National des Retraités et des Personnes âgées (1999). Livre blanc pour une prestation autonomie : Paris : CNRPA.

Après le "Livre Noir de la P.S.D.", le CNRPA (Comité National des Retraités et des Personnes âgées) et les grandes organisations représentatives de l'aide à domicile et de l'accueil des personnes âgées en établissement ont décidé d'écrire " le livre blanc de la prestation d'autonomie pour les personnes handicapées, telle qu'elle a été prévue et annoncée par la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 ". Ce document souligne les incohérences, problèmes ou conséquences négatives que cette loi provisoire peut engendrer et formule des propositions pour la faire évoluer.

Inserguet J. (1999). La prestation spécifique dépendance : difficultés juridiques et enjeux financiers. *Droit Social*, (1) : 42-52.

Joel M.E. (1999). Les enjeux économiques de la Prestation Spécifique dépendance. *Gérontologie*, (109) : 16-20.

Cet article tente de cerner les enjeux économiques de la PSD et de la réforme de la tarification. Il constate tout d'abord que le coût de la dépendance, comparé aux grands agrégats économiques et sociaux, n'apparaît pas comme un enjeu macro-économique. Néanmoins, la PSD actuelle a beaucoup d'inconvénients : complexité du système, disparités départementales, lente montée en charge de la PSD, problème de la qualification des aidants. Cet article fait donc le point sur tous les débats sous-tendant la mise en place de la PSD en insistant sur le fait que le coût de la dépendance n'est pas seulement un problème économique mais aussi politique.

Jourdain A., Martin C. (1999). De quoi dépend la dépendance ? Réflexions sur la loi instaurant une prestation spécifique dépendance aux personnes âgées. In : L'impact des évolutions démographiques sur le système de santé. *Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales*, 39 (2-3) : 179-194.

(1998). La mise en œuvre de la prestation spécifique dépendance : bilan après 8 mois d'application. *Hospitalisation Nouvelle*, (256) : 19-22.

(1998). Personnes âgées : Le livre noir de la PSD. *Revue Hospitalière de France*, (5) : 498-509.



Publié en juin dernier à l'initiative du Comité national de vigilance, "Le livre noir de la PSD" présente un état des lieux de la prise en charge des personnes âgées dépendantes en France et analyse, exemples à l'appui, les dysfonctionnements des dispositifs installés par la loi du 24 janvier 1997. "Loi en recul, pratiques contestables, conséquences catastrophiques" : les signataires du texte, parmi lesquels la FHF, dénoncent "un dispositif d'aide sociale départementale qui ne garantit pas l'égalité de traitement ni des moyens financiers équivalents" et demandent l'élaboration d'une nouvelle loi, préparée avec les professionnels, créatrice d'une "véritable prestation autonomie dans le cadre de la protection sociale" et donc inscrite dans la solidarité nationale. Présenté par le Comité national des retraités et personnes âgées et les organisations représentatives de l'aide à domicile et de l'accueil en établissements, "Le Livre noir de la PSD" est publié dans cet article dans son intégralité.

(1998). Une étude de la Cnamts sur les dépenses à l'acte dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées. *Hospitalisation Nouvelle*, (256) : 14-16.

Au printemps 1997, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie décidait de lancer une enquête auprès de 400 établissements d'hébergement pour personnes âgées d'y calculer le coût des dépenses d'assurance maladie remboursées à l'acte. Les résultats de cette étude viennent d'être publiés. Cet article présente les principales données et analyses.

(1998). La Prestation Spécifique Dépendance. *Gérontologie et Société*, (84)

Ce fascicule offre différents regards critiques sur la Prestation Spécifique Dépendance et présente les avancées ainsi que les limites de ce dispositif. Un article dresse le bilan après un an d'application de la loi du 24 janvier 1997 instituant la PSD. Plusieurs articles retracent la genèse de la PSD et plus généralement, l'histoire de la prise en charge de la dépendance dans le cadre de la politique vieillesse en France. Plusieurs articles concernent l'Ille-et-Vilaine où avait été instaurée la Prestation Expérimentale Dépendance (PED) en 1995. Un article est consacré à la grille AGGIR qui est devenue l'outil national d'évaluation de la dépendance pour l'attribution de la PSD. Enfin, un dernier article expose le cas de l'Allemagne qui a institué en 1995, l'assurance dépendance.

Bonastre J. (1997). Une allocation dépendance pour les personnes âgées vivant à domicile : simulations du coût monétaire et du taux de couverture des besoins *Revue française des Affaires Sociales*, 51 229-243.

Cet article envisage au travers d'un modèle de simulation quels pourraient être le coût monétaire et le taux de couverture des besoins d'aide requis des personnes âgées dépendantes vivant à domicile.

Colvez A. (1997). Prestation spécifique dépendance. Pour ne pas manquer une nouvelle fois la cible. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, (20) : 39-40.

Henrard J.C. (1997). Du rapport Laroque à la loi sur la prestation spécifique dépendance. *Gérontologie et Société* (81) : 43-57.

Ce travail propose de décrire les principales étapes des politiques d'action sociale et médico-sociale vieillesse en France depuis le début des années 60. Cet examen soulève un certain nombre de questions. L'auteur s'interroge notamment sur le décalage existant entre une volonté initiale de mise en œuvre d'une politique d'intégration sociale du troisième âge et une politique finalement limitée à la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Joel M.E. (1997). La prestation autonomie : principes - avantages - inconvénients et risques économiques. *Gérontologie*, (103) : 17-22.

La prestation spécifique dépendance est un texte transitoire en attendant l'adoption de la loi sur la prestation autonomie. L'auteur donne ses réflexions sur cette prestation. Elle commence par évoquer les questions de principe que pose l'instauration d'une prestation dépendance. Elle explique ensuite les difficultés rencontrées dans le passé pour mettre en place une prestation autonomie et enfin elle présente la réforme récente et ses perspectives.

Joel M.E. (1997). Le coût de la dépendance. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, (20) : 22-26.

L'estimation globale du financement de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées est très difficile du fait notamment de la multiplicité des prestations, spécifiques ou non.

Kessler F. (1997). Les normes du Conseil de l'Europe et la législation française sur la dépendance. *Revue Française des Affaires Sociales*, 51 215-228.

Les débats sur la prise en charge socialisée de la dépendance ont ignoré les travaux du Conseil de l'Europe. Ceux-là, bien que non contraignants pour les Etats membres, présentent un intérêt méthodologique non négligeable. Il est tenté de démontrer, à partir d'exemples tirés des nombreux documents disponibles, que les travaux de cette organisation internationale portant sur les personnes dépendantes ou encore sur les personnes âgées peuvent utilement guider le législateur qui souhaite mettre en place une prise en charge cohérente de la dépendance.

Long M. (1997). La prestation autonomie : une nécessité reportée. *Revue Française des Affaires Sociales*, 51 247-261.

La loi du 24 janvier 1997 met en place, à titre provisoire, une prestation spécifique dépendance pour les personnes âgées dépendantes dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation autonomie pour les personnes âgées. Cet article relate les étapes de l'institution de la PSD et les causes du retard de la loi "prestation autonomie".

Meynadier B. (1997). La loi instituant une prestation spécifique dépendance. *Revue Française des Affaires Sociales*, 51 263-271.

La loi du 24 janvier 1997 instituant une prestation spécifique dépendance amène une amélioration substantielle à un problème posé de longue date, celui de l'organisation des aides collectives aux personnes âgées dépendantes. L'article expose quatre orientations de cette loi : la décentralisation ; la création d'outils juridiques pour la coordination des organismes financeurs des aides aux personnes âgées dépendantes ; la création d'une prestation d'un nouveau type ; la réforme de la tarification des établissements d'hébergement.

Pretot X. (1997). Chroniques : La conformité à la constitution de la loi instituant la prestation spécifique dépendance. *Revue de Droit Sanitaire et Social* (3) : 681-689.

Les dispositions de la loi du 24 janvier 1997 relative à la prestation spécifique dépendance ne sont pas entachées d'incompétence négative, et ne méconnaissent pas les exigences du

Préambule de 1946 en confiant au département la gestion d'une prestation d'aide sociale qui répond au principe de la solidarité nationale.

Roger M., Laroque G., Truphemus S., et al. (1997). La prestation autonomie. *Gérontologie*, (102)

Série d'articles correspondant au thème de la réunion annuelle de la Société de Gérontologie d'Ile-de-France qui a eu lieu au Sénat le 20 mai 1996 : la prestation autonomie. Ce colloque a permis à divers intervenants de s'exprimer sur la prestation autonomie et d'émettre des propositions pour que sa réalisation soit la plus efficace possible.

Simon M.O. (1997). Rester à domicile malgré la dépendance. *Solidarité Sante - Etudes Statistiques*, (4): 9-18.

Rester chez soi le plus longtemps possible est un souhait qu'exprime l'ensemble des Français mais qui implique l'aide d'une tierce personne lorsque l'âge ne permet plus d'accomplir seul les actes de la vie quotidienne. Depuis le 1er janvier 1997, une prestation spécifique dépendance est mise en place pour aider les personnes âgées les moins aisées à assumer le coût financier d'une intervention extérieure. Son objectif est de permettre à des personnes âgées dépendantes de rester à leur domicile dans de bonnes conditions. Cependant la famille reste très investie, que ce soit par la prise en charge d'une grande partie des tâches ou par l'organisation de la journée de la personne dépendante.

Trellu J.V. (1997). La prestation expérimentale dépendance en Ile-et-Vilaine. *Actualité et Dossier en Sante Publique*, (20) : 24-25.

(1996). Prestation expérimentale dépendance (PED) en 1995 : bilan évaluatif de la M.S.A. *Années A Venir Cleirppa*, (237) : 12-17.

Bilan de la MSA en ce qui concerne la mise en place en milieu rural d'une Prestation Expérimentale Dépendance (PED).

Anghelou D. (1995). Hébergement des personnes âgées : enjeux et perspectives. In : Vieillir "en" collectivité. *Gérontologie et Société*, (73) : 16-29.

L'enjeu pour l'Etat en matière d'hébergement des personnes âgées est de favoriser l'adaptation des établissements à la prise en charge des personnes âgées et l'amélioration de la qualité de vie dans un contexte marqué par la décentralisation de l'action sociale et l'existence d'un partenariat dans la mise en œuvre de l'action gérontologique mais également par l'exigence d'un décloisonnement entre le secteur sanitaire et le secteur social et la nécessité de réformer certains aspects du système actuel de prise en charge financière de la dépendance.

Barucq J., Gonzales L., Pucheu P. (1995). Dossier : les personnes âgées. La dépendance des personnes âgées : un défi pour le droit de la protection sociale, avoir une certaine idée de la réadaptation en gériatrie, le financement de l'hébergement des personnes âgées et l'aide sociale départementale en 1993, et al. *Perspectives Sanitaires et Sociales*, (120) : 06-22.

Kessler F. (1995). Quelles prestations pour les personnes âgées dépendantes ? Panorama des propositions de réforme. *Droit Social*, 1995 (1) : 85-94.

L'article présente les projets d'aménagement ou de réforme de la réglementation de la prise en charge des personnes âgées dépendantes : la "solvabilisation" des personnes âgées dépendantes, une nouvelle organisation de l'offre des prestations (coordination des interventions, modification des tarifs d'hébergement, dispositions favorisant le maintien à domicile) et le financement. L'auteur tente ensuite de dégager les caractéristiques majeures du débat français sur une réglementation en matière de dépendance

Hatchuel G. (1995). La dépendance des personnes âgées : solidarité familiale et solidarité nationales sont complémentaires. *Informations Rapides*, (66)

L'exploitation des données de 1986,1990 et 1995 des enquêtes "Conditions de Vie et Aspirations des Français" menées par le CREDOC (Centre de Recherche et d'Etude sur l'Observation des Conditions de Vie) permet de suivre l'évolution du problème des personnes âgées qui ne peuvent plus vivre seules dans la population française et comment cette difficulté est gérée et ressentie par leur famille. Parmi tous les changements d'opinions constatés, il en est un qui concerne le financement du "risque-dépendance" : à présent les Français préféreraient que ce risque soit couvert par une cotisation obligatoire pour tout le monde. Enfin, un encadré final permet de situer ce problème parmi les autres principales préoccupations des Français.

Lebeaupin A., Nortier F. (1995). Les personnes âgées dépendantes : situation actuelle et perspectives à l'horizon 2020. In : Aide sociale et action sociale : une subsidiarité nécessaire. *Solidarité Santé Etudes Statistiques*, (2) : 47-53.

Que représentera la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2020 ? Actuellement, une personne âgée sur 12 est très dépendante, et quelles que soient les prévisions, cette population ne peut que s'accroître. En 1992, le coût de l'aide de la collectivité a été évalué à 24 Milliards de Francs. Son financement est très éclaté. C'est la branche maladie qui est le principal financeur de la dépendance, devant les départements et la branche vieillesse. Le montant global de la prise en charge de la dépendance a été plus élevé en hébergement qu'à domicile.

(1994). Réfléchir la retraite. Dossier spécial sur la dépendance. *Retraite et Société*, -218p.

Le présent fascicule réalisé par la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV) a pour objet d'estimer le montant des dépenses budgétaires que la création d'une allocation dépendance attribuée aux personnes âgées, engendrerait en France, sur la base de simulations. Il se base sur les données individuelles de revenu et de dépendance de l'enquête CNAV de 1988 et sur les perspectives démographiques et les hypothèses d'évolution des revenus de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) pour la période 1990-2020.

Joel M.E. (1994). Quelques données sur la protection sociale des personnes âgées dépendantes en France. In : Données sociales et économiques sur la vieillesse. *Gérontologie et Société*, (71) : 131-146.

L'objectif de cet article est de rappeler quelles sont les données statistiques disponibles pour analyser le problème de la dépendance des personnes âgées et quelle est leur fiabilité

Vuillemin C. (1994). Quelle est la place de la Sécurité Sociale dans le financement d'une politique gérontologique ? *Gérontologie*, (91) : 44-47.

L'auteur s'interroge sur la place actuelle de la Sécurité Sociale dans le financement d'une politique aux personnes âgées. Elle est multiforme (mêmes services que pour le reste de la population et services spécifiques) mais elle laisse persister des insuffisances et des inégalités. Elle pourrait se développer dans deux directions : une réponse plus adaptée aux besoins des personnes âgées dépendantes et une rationalisation de la répartition des financements.

Angrand M., Brasieur M., Colin M. (1993). Le financement de la dépendance. *Revue Hospitalière de France*, (1) : 18-31.

Carrieu G. (1993). Quel financement pour la perte de l'autonomie ? *Revue Française des Affaires Sociales*, 47 (2) : 185-191.

Réflexions sur la prise en charge de la dépendance sur l'organisation de celle-ci et le projet d'allocation de dépendance

Legrand P. (1993). Prendre en charge la dépendance des personnes âgées : des rapports au projet de loi. In : Vieillesse : du mur de Berlin au syndrome de Diogène. *Gérontologie et Société*, (64) : 35-42.

Étude critique de la réforme sur la dépendance (projet de loi 1992) visant à déterminer si celle-ci satisfait à l'objectif principal d'améliorer la prise en charge de la dépendance.

Attias-Donfut C., Fortis E., Hauser J. (1992). La dépendance des personnes âgées. *Revue de Droit Sanitaire et Social*, 28 (3) : 409-554.

La dépendance des personnes âgées est devenue depuis quelques années un véritable défi pour le droit de la protection sociale des pays développés. Cette publication a pour objet de tenter de mieux cerner les problèmes, les enjeux, le droit positif, les expériences sociales et les propositions d'intervention du législateur français en la matière. Une première série de contributions est relative à la notion de dépendance. L'analyse porte tout d'abord sur la construction sociale de la dépendance, c'est-à-dire la construction institutionnelle et les représentations sociales de la dépendance qui marquent de façon déterminante le débat français. L'examen des données économiques de la dépendance montre que celles-ci sont sujettes à caution ; la vision véhiculée par le droit social est étroitement liée aux divers régimes mis en place au fur et à mesure des interventions législatives et réglementaires. Il en résulte une définition claire des critères qui contraste avec la non-transparence des fonctions et de la tarification des services aux personnes âgées ; il est vrai que le phénomène étudié est caractérisé par sa complexité même du point de vue de la mesure médicale. L'analyse du droit positif révèle pourtant que les personnes âgées bénéficient pourtant d'une protection non négligeable aussi bien du fait du droit des incapacités que par les multiples et éparses dispositions portant sur l'abus de dépendance. A l'inverse le droit social de la prise en charge des personnes dépendantes n'a guère dépassé le stade des rapports préliminaires à l'intervention législative. Ceux-ci révèlent à la fois la nécessité d'agir mais laissent beaucoup de zones d'ombre notamment quant au financement d'une nouvelle prestation-dépendance. Cette inaction du législateur est en partie compensée par des formules "privées" de prise en charge du risque dépendance imaginées par les compagnies d'assurances ou les mutuelles. Ces solutions ne résolvent pourtant pas tous les problèmes ; subsiste notamment le complexe problème de la prise en charge financière "finale" dans l'hypothèse de l'intervention de l'aide sociale qui donne lieu à un abondant contentieux, auquel il serait tout aussi urgent de mettre fin (Résumé d'auteur).

(1991). Socio-économie de l'hébergement de longue durée. *Gérontologie et Société*, (91) : -162p.

Actes des Journées d'études gériatriques, tenues à Lausanne les 15 et 16 mars 1989, sur les problèmes relatifs à l'hébergement de longue durée pour les personnes âgées. Thèmes abordés : évaluation de la dépendance, structures de soins pour personnes âgées dépendantes en France, en Australie, au Québec et en Suisse, coût de la dépendance et évaluation économique des structures.

Moulias R., Meaume S., Labat M. (1991). Une si longue attente ou le ratio surcoût/inefficacité de l'aide sociale en gériatrie. *La Revue de Gériatrie*, 16 (9) : 383-386.

Le système de l'aide sociale pour l'hébergement des personnes âgées dépendantes ne répond pas aux besoins et accroît les coûts hospitaliers : trop longue attente de la décision, taxation arbitraire des familles, mauvaise attribution des aides au domicile, etc. Ce système périmé coûte cher, aggrave la dépendance et surcharge les hôpitaux. De plus, il bafoue les droits de la personne. Des recommandations sont faites pour améliorer le système de prise en charge des personnes âgées dépendantes. (tiré du résumé de l'auteur)

Braun T. (1990). Vers la reconnaissance du risque dépendance. In : Personnes âgées, le coût de la dépendance. *Revue Française des Affaires Sociales*, 44 (1) : 61-66.

Discours de clôture du colloque sur les prises en charge financières de la dépendance des personnes âgées (janvier 1990). "Théo Braun, Ministre délégué chargé des personnes âgées, plaide pour la reconnaissance du risque dépendance, risque "social", distinct de la maladie. Sa démarche se veut pragmatique - évaluer les besoins, les dépenses, les institutions existantes et les éventuels besoins financiers complémentaires. A terme, la création d'une "prestation-dépendance" lui paraît incontournable dans le contexte démographique actuel pour "lutter contre une forme particulièrement insidieuse d'exclusion" (tiré de l'éditorial)

Bernadot M.J., Frossard M., Braun T., Colvez A. (1990). Personnes âgées : le coût de la dépendance. *Revue française des Affaires Sociales*, (1) : 3-93.

Colvez A., Frossard M., Braun T., Adrian J., Ventura M. (1990). Personnes âgées : le coût de la dépendance. *Revue Française des Affaires Sociales* (1) : -160.

Delperée C. (1990). Le financement de la dépendance en Europe : la diversité des approches. In : Personnes âgées, le coût de la dépendance. *Revue Française des Affaires Sociales*, 44 (1) : 51-60.

"L'auteur met en évidence la diversité des réponses face au risque dépendance dans les différents pays européens. Deux grandes tendances se dégagent : d'une part la prise en charge d'un forfait-soins qui est attribué en fonction des ressources de la personne âgée et de sa famille (obligation alimentaire), c'est le cas en France, en Belgique, en Suisse, en R.F.A. Une deuxième tendance part du principe que la dépendance relève de la solidarité nationale : le mode de financement est alors indépendant de l'âge, des ressources et des frontières entre médical et social (Pays-Bas, Grande-Bretagne)" (tiré de l'éditorial).

Frossard M., Tripiet P. (1990). Le prix de la dépendance : comparaison des dépenses des personnes âgées selon le mode d'hébergement : Paris : La Documentation Française

Ventura M. (1990). Les modalités d'une assurance dépendance : capitalisation ou répartition. In : *Personnes âgées, le coût de la dépendance. Revue Française des Affaires Sociales*, 44 (1) : 47-50.

"L'auteur réfléchit aux mécanismes de financement (capitalisation ou répartition) adaptés à une "assurance-dépendance". Le principe de l'assurance, par définition facultative, sélectionne la population qui craint particulièrement la survenue d'une invalidité - donc à risques élevés. En revanche, il exclut tous ceux qui se jugent non concernés (ou sans moyens financiers à consacrer à une assurance). Le système de la répartition lui paraît donc plus indiqué même si, en fait, cette technique équivaut à un impôt supplémentaire" (tiré de l'éditorial)

Attias-Donfut C. (1989). Comparaison des couts du maintien à domicile et de l'hébergement collectif. In : *Economie de la vieillesse. Gérontologie et Société*, (50) : 117-119.

Méthodologie de l'étude en cours ayant pour objet l'évaluation des couts réels du maintien à domicile et de l'hébergement collectif des personnes âgées.

Bassaler J. (1989). Le coût de la santé des personnes âgées et leur protection sociale. In : *Economie de la vieillesse. Gérontologie et Société*, (50) : 37-45.

L'auteur déplore les interprétations catastrophiques concernant le cout de la santé des personnes âgées, prône le droit à une information claire et précise et affirme le droit des personnes âgées à une protection sociale mieux adaptée.

Kerschen N. (1989). Les personnes âgées dépendantes et l'assurance privée. In : *Economie de la vieillesse. Gérontologie et Société*, (50) : 58-66.

Après un rapide panorama du fonctionnement du système social français à l'égard des personnes âgées dépendantes, l'auteur analyse les assurances-- dépendance proposées par les assureurs privés du point de vue : de la définition du risque et de la notion de dépendance ; des techniques de financement ; des modalités pratiques.

Rozenkier A. (1989). Le rôle de la sécurité sociale en France dans la protection sociale des personnes très âgées. *Revue Internationale de Sécurité Sociale*, (2) : 185-199.

(1988). La médicalisation des établissements d'hébergement et services de soins à domicile pour personnes âgées : année 1987. *Bloc-Notes Statistiques*, 37

La prise en charge par l'Assurance Maladie des lits médicalisés en institution et des soins à domicile : expose des aspects financiers et des caractéristiques statistiques par type d'établissements, par secteur (public/privé), par régions.

Henrard J.C. (1988). Soins et aides aux personnes âgées : Description - Fonctionnement du système français. *Flash Informations*

Cet ouvrage se propose de fournir une image de la population âgée en France et des problèmes posés par sa prise en charge. La première partie présente les principales données sociodémographiques et les principaux indicateurs d'état de santé de la population âgée en France. Un développement particulier est consacré aux problèmes d'autonomie et de dépendance ainsi qu'aux liens s'établissant entre vieillissement, santé et maladie. La seconde partie décrit les systèmes d'organisation et de financement des services de santé et des

services sociaux (organisation générale, coordination entre les différents échelons nationaux). Sont ensuite rappelées les différentes prestations de soins et d'aides ainsi que leur modalité de gestion. Enfin la troisième partie présente le fonctionnement et certains dysfonctionnements des services pour personnes âgées.

Launois R. (1988). Esquisse des solutions possibles pour une assurance - dépendance. In : Apports à la réflexion. *Gérontologie & Société*, (44) : 64-75.

Présentation de l'assurance-dépendance : mécanisme de financement, garanties offertes. Proposition de mise en place de l'assurance-assistance, un nouveau dispositif offrant une structure globale d'intervention, exigeant la recherche de nouveaux financements, la forfaitisation des prises en charge, la consolidation des ressources, la responsabilisation des intervenants, l'association des différents promoteurs de l'opération aux résultats globaux de l'expérimentation. Un nouveau partenariat devra être envisagé quel que soit le dispositif adopté.

(1987). Le fonds national de solidarité : Allocation et effectifs de 1956 à 1985 - bénéficiaires au 31 décembre 1985. *Documents Statistiques*, (32) : -73.

Ce fascicule est consacré à l'allocation du Fonds National de Solidarité versée aux personnes âgées en France, de 1956 à 1985. La première partie de ce document retrace l'évolution du montant de l'allocation depuis son origine, dresse une comparaison des évolutions en indices d'un certain nombre de variables économiques (prix, SMIC, taux de revalorisation des pensions) avec celles relatives à la situation financière des personnes âgées les plus démunies... En outre, parallèlement à l'allocation F.N.S., sont indiqués, aux mêmes dates, les montants de l'allocation aux vieux travailleurs salariés, du minimum vieillesse et du SMIC. La deuxième partie de ce fascicule présente les tableaux détaillés (issus d'une enquête réalisée par le S.E.S.I. auprès des 12 principaux organismes prestataires de l'allocation au titre de la vieillesse) concernant tant la démographie des allocataires du F.N.S. (âge, sexe, état matrimonial) que leur répartition géographique (région et département de résidence) et leur distribution selon les sommes versées au titre de l'allocation du F.N.S.

(1986). Coûts et vieillesse. *Gérontologie et Société*, (39)

Etude de l'aspect économique des aides sociales et médicales aux personnes âgées, au plan national et local, selon le lieu de vie, selon le type d'aide.

Bungener M., Joel M.E., Roussel P. (1986). Quel coût pour le secteur médico-social ? *Sciences Sociales et Sante*, 4 (3-4) : 119-146.

Henrard J.-C., Broca A.-M. (1986). Les obstacles tarifaires à une politique de soins pour les personnes âgées. *Revue Française des Affaires Sociales*, (3) : 59-73.

1985). Le coût des soins dans les établissements médicalisés et les services de soins à domicile en 1984. *Bloc Notes Statistiques*, (16)

(1985). Politique vieillesse et dépendance. *Gérontologie et Société*, (34) : 6-12.

(1985). Le coût des soins dans les établissements médicalisés et les services de soins en 1984. *Bloc-Notes Statistiques*, (16)



Données statistiques concernant tout d'abord les établissements médicalisés (évolution du nombre et de la répartition des établissements et des lits par catégorie d'établissement entre 1979-1984, évolution et répartition des lits médicalisés en sections et en soins courants pour la même période). Ensuite nous trouvons des données chiffrées concernant les services de soins à domicile de 1981 à 1984 (évolution de leur nombre, de leur capacité d'accueil, de leur effectif). Puis nous avons l'implantation régionale des lits médicalisés et des services de soins à domicile en 1984. Enfin l'évolution du cout financier entre 1979 et 1984 est donnée.

Lacroix J. (1985). Une analyse sociodémographique des personnes âgées allocataires du Fonds National de Solidarité au 31 décembre 1983. *Solidarité Sante : Etudes Statistiques*, (3) : 63-82.

(1982). Pistes pour l'étude de la politique de la vieillesse. *Gérontologie*, (42) : 32-34.

Frossard M. (1982). Economie du vieillissement et santé des personnes âgées. *Revue Française des Affaires Sociales*, (2) : 45-73.

(1980). Politique de la vieillesse. *Gérontologie et Société*, (14) :

#### ETUDES COMPARATIVES INTERNATIONALES, A L'ETRANGER

#### Ouvrages, rapports, working papers

Barber, S. L., Vangool, K., Wise, S., et al. (2021). "Pricing long-term care for older persons". Genève OMS

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344505/9789240033771-eng.pdf>

The objectives of this study are to describe experiences in financing and price setting and how pricing has been used to attain better coverage, quality, financial protection, and outcomes in LTC. Policy choices are critical in how health and social services for older people are delivered, and how the prices of these services are set or negotiated. These choices include the means of defining eligibility for public benefits, the use of means-testing, and the definition of the benefits package. In this context, pricing is not only about covering the costs of service delivery. Pricing is also an important policy tool that provides the right incentives to ensure that budgetary goals are met, to promote quality, to increase equity, and to foster coordination and integration with health services.

Bateman, H., Wu, S., Thorp, S., et al. (2021). "Flexible Insurance for Informal Long-Term Care: A Study of Stated Preferences". Sydney Cepar.

[https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=3873660&dgcid=ejournal\\_html\\_email\\_insurance\\_financing:in:health:economics:ejournal\\_abstractlink](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3873660&dgcid=ejournal_html_email_insurance_financing:in:health:economics:ejournal_abstractlink)

We collect and analyze stated preferences for long-term care insurance that pays income in poor health states instead of reimbursing formal care costs. Around 75% of the sample of 1008 pre-retirees chose to purchase at least some long-term care income insurance from a menu that also included liquid wealth and a life annuity. Our results show that long term care income insurance is complementary to informal care and is attractive to seniors who plan to

rely on family members for extensive care. Those who have access to extensive informal care demand 25-37% more health- contingent income per year than those who do not. Females who expect to rely exclusively on extensive care from family members are willing to buy more cover than males. We also find that if long-term care income insurance were available, many healthier seniors would release funds set aside to self-insure long-term care risk and purchase additional longevity insurance.

Clavet, N. J., Decarie, Y., Rejean, H., et al. (2021). "Le financement du soutien à l'autonomie des personnes âgées à la croisée des chemins". Working paper; 21-01. Montréal Chaire de recherche sur les enjeux économiques intergénérationnels.

<https://creei.ca/financement-soutien-autonomie-personnes-agees-croisee-chemins>

Ce cahier de recherche vise à faire état des besoins futurs en termes de soutien à l'autonomie des personnes âgées au Québec et d'en estimer les coûts. Les projections sont faites en fonction du niveau des besoins (Profils IsoSMAF) ainsi que selon le milieu de vie, afin de cerner les défis à venir. Une modélisation détaillée des coûts est réalisée à partir de plusieurs sources de données publiques. Les résultats des simulations démontrent clairement que les besoins croîtront de plus en plus rapidement durant les deux prochaines décennies. Les coûts deviendront vite prohibitifs et cela même en conservant le niveau de services actuel. Par ailleurs, les projections du scénario de statu quo démontrent qu'il faudrait développer plus de 40 000 nouvelles places en CHSLD d'ici 2040. Cela représente un doublement de la capacité actuelle en CHSLD. Enfin, ce rapport propose un cadre permettant d'envisager différents scénarios pouvant rencontrer les besoins de la population dans un environnement plus soutenable financièrement.

Clavet, N. J., Hebert, R., Michaud, P. C., et al. (2021). "Les impacts financiers d'un virage vers le soutien à domicile au Québec". Cirano.

<https://cirano.qc.ca/fr/sommaires/2021s-20>

Suite à la publication d'un premier rapport sur l'évaluation des besoins et des coûts futurs liés au soutien à l'autonomie des personnes âgées au Québec (Clavet et al., 2021), ce rapport vise à considérer des scénarios de réformes possibles et d'en évaluer les impacts. Ils ont tous en commun d'impliquer un virage important vers les soins et services à domicile pour les personnes ayant des besoins modérés à importants, et ils impliquent tous un ajustement de la contribution du résident en hébergement. Selon les calculs, des économies substantielles sont dégagées grâce aux réformes proposées, en comparaison avec le scénario de statu quo. Cela permet de bonifier le soutien à domicile par le biais de la création d'un compte autonomie. Avec ce compte, le nombre d'heures de services financé par le secteur public est modulé selon les besoins de soutien de la personne, ce qui permet d'assurer l'équité horizontale du système. Finalement, ce rapport discute de la possibilité de moduler le financement public selon les ressources financières de la personne, tant en hébergement qu'en soutien à domicile, afin d'améliorer l'équité verticale.

OCDE, P. (2021). "Public and Private Sector Relationships in Long-term Care and Healthcare Insurance". Paris OCDE.

<https://www.oecd.org/daf/fin/insurance/Public-and-Private-Sector-Relationships-in-Long-term-Care-and-Healthcare-Insurance.pdf>

Les dépenses de santé, particulièrement celles de soins de longue durée, vont augmenter dans l'ensemble des pays de l'OCDE : la Covid-19 n'a fait qu'accélérer une tendance structurelle liée notamment au vieillissement démographique. Ce rapport examine comment certains pays arrivent à développer des assurances privées, individuelles ou collectives, en complément de la prise en charge publique et des solidarités familiales. L'objectif de l'OCDE est de garantir une couverture optimale aux assurés.

Oliveira Hashiguchi, T. et Llana-Nozal, A. (2020). "The effectiveness of social protection for long-term care in old age: Is social protection reducing the risk of poverty associated with care needs?". OECD Health Working Papers; 117. Paris OCDE.  
<https://doi.org/10.1787/2592f06e-en>

Au fur et à mesure que les personnes vieillissent et leur santé décline, ils sont plus enclins à avoir besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne : ces besoins constituent ce que l'on définit par les soins de longue durée (SLD). Les pays de l'OCDE vont faire face à des défis importants pour trouver un équilibre entre la viabilité des finances publiques et la provision optimale de la protection sociale contre les risques financiers associés aux besoins de longue durée étant donné la demande croissante des besoins due au vieillissement de la population et les coûts importants des soins, excédant les revenus médians et s'étalant sur plusieurs années. Cette étude contient les premières estimations comparatives de l'adéquation, l'équité et l'efficacité des systèmes de protection sociale des soins de longue durée pour les personnes âgées dans les pays de l'OCDE et l'UE. L'étude montre les variations entre les pays et les régions concernant les coûts des services des SLD, le montant de la couverture sociale publique, le reste-à-charge et les risques de pauvreté associés en utilisant des « cas typiques » des besoins de SLD afin d'établir une comparabilité internationale et se basant sur différents niveaux de sévérité des besoins et de la provision des soins. Les résultats quantitatifs illustrent également l'organisation des différentes prestations dans les pays, notamment les mécanismes de répartition des coûts. L'étude contient également des simulations des impacts distributifs de certains scénarios comme l'introduction de la gratuité des soins incluant des soins personnels et certaines réformes en Irlande et en Angleterre.

Tenand, M., Hussem, A. et Bakx, P. (2020). "Encourager le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes par des modalités alternatives de financement public ? L'expérience récente des Pays-Bas". hal-02985777.  
<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02985777/document>

Libre choix, maintien à domicile, accessibilité financière et maîtrise des dépenses publiques sont au cœur des débats sur la prise en charge de la dépendance. Afin de mieux concilier ces objectifs, les Pays-Bas ont développé de nouvelles prestations dépendance : les forfaits à domicile (VPT et MPT) et les prestations monétaires (PGB). Celles-ci permettent à la personne âgée de bénéficier d'une prise en charge globale tout en restant théoriquement à son domicile. Le rôle joué par ces nouvelles options de prise en charge est à ce jour peu documenté. Cet article explique leur fonctionnement, notamment du point de vue du partage des coûts entre puissance publique et bénéficiaire, et mobilise différentes sources statistiques (données administratives individuelles et données agrégées) pour éclairer les développements récents. Davantage mobilisés par les moins dépendants mais aussi par les bénéficiaires les plus aisés, ces financements semblent contribuer autant au maintien à domicile qu'au développement d'établissements privés non-conventionnés. En participant au développement d'un système de prise en charge à deux vitesses, ils pourraient remettre en cause l'équité dans la prise en charge et dans son financement qui sous-tend l'assurance

sociale dépendance néerlandaise. Le cas des Pays-Bas fournit une illustration de la difficulté à mettre au point des dispositifs permettant de concilier libre choix et universalité de la prise en charge.

OCDE, P. (2020). "Long-term care and health care insurance in OECD and other countries". Paris OCDE.

<https://www.oecd.org/daf/fin/insurance/Long-Term-Care-Health-Care-Insurance-in-OECD-and-Other-Countries.pdf>

Ageing is affecting many OECD countries and, as demographic change progresses, governments will be challenged to identify financially sustainable ways to support the care of ageing populations. This is particularly important for long-term care and health care, as increasing expenditures may become financially unsustainable for many countries while compromising on care options is rarely realistic. Many countries are or will struggle with how to reform their care systems to bring these costs under control, while ensuring that those in need can access the necessary care of quality. The OECD is investigating how insurance can support the social security network and, in particular, long-term care and health care systems. Financing the long-term care and health care systems can be burdensome for countries and finding financing solutions that support fiscal budgets is an important consideration with ageing economies and demographic changes. This report is a stocktaking of long-term care and health care systems in OECD and non-OECD countries with a strong focus on the nature of the insurance markets that contribute to these systems.

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.

[https://www.hcfea.fr/IMG/pdf/HCFEA\\_CP\\_Note\\_comparaisons\\_internationales-2.pdf](https://www.hcfea.fr/IMG/pdf/HCFEA_CP_Note_comparaisons_internationales-2.pdf)

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.

Cylus, J., Roubal, T. et Ong, P. (2019). "Sustainable health financing with an ageing population: implications of different revenue raising mechanisms and policy options". Copenhague: OMS Bureau régional de l'Europe

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31820888/>

While there have been many prior analyses of how population ageing affects health and long-term care expenditure trends, very little is known about how population ageing affects a country's ability to generate revenues to pay for health. This brief looks at how health and long-term care systems are financed and reports on the potential effects of population ageing on countries' ability to generate sufficient and stable revenues for health from common funding sources (i.e. income taxes, consumption taxes, property taxes and social contributions) in the future. The authors simulate the effects of population ageing on countries' ability to generate revenues, a) for countries with younger populations undergoing rapid population ageing and b) for countries that already have large populations of older

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

Shoag, D. (2019). Health Care Spending Projections and Policy Changes: Recognizing the Limits of Existing Forecasts. HKS Working Paper; RWP19-022. Cambridge Harvard Kennedy School

Many projections for health care spending growth do not incorporate the impact of changing labor market regulations. In this paper, I show that changing one such regulation – raising the federal minimum wage – would significantly increase the cost of several important types of care. I do this using data on the cost of long-term care from thousands of providers from 2012-2018. Using these data, I show that costs, which include home health aides and nursing home care, are highly correlated with changes in state level minimum wages. This relationship is statistically robust. Forecasts that ignore the risk of a federal minimum wage increase will understate this element of expected medical spending growth.

(2018). "An international comparison of long-term care funding and outcomes: insights for the social care green paper". Londres Age UK, Londres Incisive Health.

[https://www.ageuk.org.uk/globalassets/age-uk/documents/reports-and-publications/reports-and-briefings/care-support/rb\\_aug18\\_international\\_comparison\\_of\\_social\\_care\\_funding\\_and\\_outcomes.pdf](https://www.ageuk.org.uk/globalassets/age-uk/documents/reports-and-publications/reports-and-briefings/care-support/rb_aug18_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.

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.

[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK550573/pdf/Bookshelf\\_NBK550573.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK550573/pdf/Bookshelf_NBK550573.pdf)

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.

Nishimura, T. et Pestiau, P. (2019). Old age or dependence. Which social insurance? Discussion Paper 19-03

We consider a society where individuals differ according to their productivity and their risk of mortality and dependency. We show that according to the most reasonable estimates of correlations among these three characteristics, if one had to choose between a public pension system and a long-term care social insurance, the latter should be chosen by a utilitarian social planner. With a Rawlsian planner, the balance between the two schemes does depend on the comparison between the probabilities of the worst off individual and the probabilities of the rest of society.

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.

Bonnet, C., et al. (2017). Financing long-term care through housing in Europe. Document de travail; 233. Paris : INED

Dans quelle mesure les Européens âgés de 65 ans et plus pourront-ils financer leur dépenses de dépendance dans l'hypothèse d'une absence d'aide informelle et d'assurance publique et privée ? Pour répondre à cette question, nous construisons un modèle de microsimulation des trajectoires de dépendance des individus dans neuf pays européens à partir des données longitudinales de l'enquête Share. Selon nos simulations, 57% des 65 ans et plus connaîtraient une période de dépendance (définie comme le fait d'avoir des restrictions dans 2 ou plus des activités élémentaires de la vie quotidienne), qui durerait en moyenne 4.3 ans. 7% des individus sans conjoint en perte d'autonomie pourront financer leurs dépenses de dépendance en utilisant uniquement leurs revenus courants et 23 % si on tient compte de l'ensemble du patrimoine, à l'exception de la résidence principale. Cette proportion double si on suppose que les individus peuvent utiliser cette dernière en contractant un prêt viager hypothécaire (PVH). Cet effet est plus marqué pour les trois plus bas quintiles de revenu, dans tous les pays à l'exception de l'Italie et de l'Espagne, pays dans lesquels le PVH jouerait un rôle important pour l'ensemble des 65 ans et plus. Il demeure que dans l'ensemble, 20 % des individus ne pourraient financer que moins de 5 % de leurs dépenses de dépendance attendues.

Costa Font. J. and V. Zigante (2017). Building 'Implicit Partnerships'? Financial Long Term Care Entitlements in Europe. LSE 'Europe in Question' Discussion Paper Series;125. London School of Economics and Political Science: 34.

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.

(2016). Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability. Luxembourg Publications Office of the European Union

[https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/joint-report-health-care-and-long-term-care-systems-fiscal-sustainability-0\\_en](https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/joint-report-health-care-and-long-term-care-systems-fiscal-sustainability-0_en)

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.

Brenna, E. and L. Gitto (2016). Financing elderly care in Italy and Europe. Is there a common vision? Working Paper; 47. Milan Università Cattolica del Sacro Cuore

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.

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

**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 François 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.

(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. Bruxelles : European Commission.

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=7724>

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).

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/etudes-recherches-ouvrages/etudes-des-organisations-syndicales/item/4908-systeme-de-prise-en-charge-des-personnes-agees-dependantes-une-etude-comparative-entre-la-france-et-le-japon>



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.

De La Maisonneuve.C., Oliveira M.J. (2013). A Projection Method for Public Health and Long-Term Care Expenditures. Paris: OCDE

<http://dx.doi.org/10.1787/5k44v53w5w47-en>

Ce papier présente une nouvelle série de projections des dépenses publiques de santé et de soins de longue durée jusqu'en 2060, sept ans après la publication d'une première série de projections par l'OCDE. Le papier étudie la santé et les soins de longue durée séparément ainsi que les déterminants démographiques et non-démographiques et il affine la méthodologie adoptée précédemment, en particulier, en augmentant le nombre de pays couverts. En ce qui concerne la santé, les déterminants non-démographiques sont identifiés, l'analyse effectuée dans ce papier tentant de mieux comprendre la croissance résiduelle des dépenses en déterminant quelle part peut être attribuée à l'évolution des prix de la santé et de la technologie. En ce qui concerne les soins de longue durée, une estimation des déterminants du nombre de dépendants (personnes nécessitant de l'aide dans les activités de la vie quotidienne) est utilisée. Un scénario de maîtrise des coûts et un scénario de tension sur les coûts sont élaborés ainsi qu'une analyse de sensibilité. En moyenne sur l'ensemble des pays de l'OCDE, entre 2010 et 2060, le total des dépenses de santé et de soins de longue durée devrait augmenter de 3.3 points de pourcentage de PIB dans le scénario de maîtrise des coûts et de 7.7 points de pourcentage de PIB dans le scénario de tension sur les coûts. Pour les BRIICS sur la même période, il devrait augmenter de 2.8 points de pourcentage du PIB dans le scénario de maîtrise des coûts et de 7.3 points de pourcentage dans le scénario de tension sur les coûts.

Leichsenring K./ éd., Billings J / éd., 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., Hoj J. (2013). Health Care Reform and Long-Term Care in the Netherlands. Paris: OCDE

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.

Sorbe S. (2013). Belgium: Enhancing the Cost Efficiency and Flexibility of the Health Sector to Adjust to Population Ageing. Paris: OCDE

<http://dx.doi.org/10.1787/5k44ssnfdnr7-en>

La Belgique a su se doter de services de santé accessibles, mais le morcellement des responsabilités au sein du système et le poids de la réglementation risquent de rendre l'adaptation au vieillissement de la population difficile. Le système pourrait être organisé plus simplement en donnant aux caisses d'assurance maladie (mutualités) un rôle plus actif dans l'amélioration de l'efficacité, en alignant mieux les incitations des différents niveaux d'administration et en mettant l'accent sur la budgétisation à moyen terme. Au niveau des prestataires de santé, une meilleure circulation de l'information et de meilleures structures incitatives pourraient contribuer à atténuer les variations en termes de pratiques et d'efficacité, ainsi qu'à lutter contre la demande induite par les prestataires eux-mêmes. Pour ce faire, il s'agit notamment d'achever la transition vers des budgets hospitaliers fondés sur les pathologies, d'augmenter la part de la rémunération forfaitaire des médecins et de mettre en place des mesures visant à diminuer le niveau élevé des dépenses en médicaments. Une fois que des mesures destinées à améliorer l'efficacité seront en place, l'adoption d'un système davantage axé sur la demande pourrait être encouragée en supprimant progressivement les règles hospitalières excessivement normatives. En outre, les rémunérations relatives des médecins devraient être révisées régulièrement afin d'obtenir une offre adaptée dans chaque domaine de spécialité. S'agissant des soins de longue durée, la prise en charge à domicile, qui est globalement efficace au regard de son coût, pourrait être encore plus encouragée en laissant les patients organiser plus librement les soins dont ils bénéficient.

Lipszyk B., Sail E., Xavier A. (2012). Long-term care: need, use and expenditure in the EU-27: Bruxelles: Commission européenne

[http://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/economic\\_paper/2012/pdf/ecp469\\_en.pdf](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.

Centre d'Analyse Stratégique, Fondation Konrad Adenauer. (2011). Le vieillissement des sociétés : un défi pour les politiques publiques. Regards croisés Allemagne - France. Actes de colloque. Paris : C.A.S.

Les sociétés française et allemande font face au défi du vieillissement de leur population, bien que différemment, étant donné leurs caractéristiques démographiques. L'objectif de ce colloque était d'apporter un éclairage renouvelé sur les mutations des grands équilibres financiers, économiques et sociaux liés à ce défi et les leçons à en tirer concrètement.

Columbo F. (2011). Help wanted: providing and paying for long term care. Paris : OCDE  
<https://www.oecd.org/health/health-systems/help-wanted-9789264097759-en.htm>

Comme l'espérance de vie pousse à la fin des années 70 pour les hommes et bien dans les années 80 pour les femmes, les personnes de plus en plus besoin d'aide afin de pouvoir vivre leur vie pleinement, aussi longtemps que possible. Comment les tendances démographiques et du marché du travail affectent l'approvisionnement de la famille et des amis pour prendre soin de nous ? Pouvons-nous compter sur les aidants familiaux comme la seule source de soutien pour les personnes âgées fragiles ? Si les aidants familiaux et des amis être mieux pris en charge, et si oui comment ? Pouvons-nous attirer et retenir les travailleurs de soins - c'est juste une question de payer leur mieux ? Est-ce que les finances publiques seraient menacées par le coût de la prestation de soins dans le futur ? Quel devrait être l'équilibre entre la responsabilité personnelle et le soutien du public dans la prestation de soins ? Peut-on réduire les coûts en améliorant l'efficacité à long terme des services de soins ?

Costa-Font J. / éd., Courbage C. / éd. (2011). Financing long-term care in Europe : Institutions, markets and models. New York: Palgrave Macmillan: 2011

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.

Costa-Font J. / éd. (2011). *Reforming long-term care in Europe. Broadening perspectives on social policy*. Chichester: Wiley-Blackwell

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.

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

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000735/index.shtml>

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.

Kamette F. (2011). *Analyse comparée. La prise en charge de la dépendance dans l'Union européenne*. Paris : Fondation Robert Schuman

[http://www.robert-schuman.eu/doc/questions\\_europe/qe-196-fr.pdf](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.

Riedel M., 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

<https://www.ceps.eu/ceps-publications/organisation-formal-long-term-care-elderly-results-21-european-country-studies-ancien/>

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.

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.

Berry C. (2010). Past caring? Widening the debate on funding long term care. Londres : International Longevity centre UK.

<https://ilcuk.org.uk/past-caring-widening-the-debate-on-long-term-care/>

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.

Gleckman 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.

Heinicke K., Thomsen S. (2010). The Social Long-term Care Insurance in Germany: Origin, Situation, Threats, and Perspectives. Mannheim : Zentrum für 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., Rodrigues R. (2010). Paying for long-term care. Policy brief. Vienne: The European Centre for Social Welfare Policy and Research  
[http://www.euro.centre.org/data/1283437589\\_95069.pdf](http://www.euro.centre.org/data/1283437589_95069.pdf)

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., Henning O. (2010). Scandinavian long-term care financing. Oslo : HERO

[http://www.hero.uio.no/publicat/2010/2010\\_2.pdf](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.

Kildal N., Nilssen E. (2010). Demographic Crises and Ageing policy ideas in the fields of health and long-term care. Comparing the EU the WHO and the OECD, Social Policy and the Global Crisis: Consequences and Responses. 8th ESPANet Conference 2010. Budapest, 2010

Cet article expose les approches de l'Union européenne, de l'Organisation mondiale de la santé et de l'Organisation de coopération et de développement économiques pour faire face au vieillissement de la population, notamment dans les domaines de la santé et des soins de longue durée. Il compare ensuite les discours de ces organisations internationales à ce sujet.

Mot E. (2010). The Dutch system of long-term care. 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](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. Berlin: DIW

[http://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw\\_01.c.359024.de/dp1039.pdf](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.

(2009). Analyse MISSOC 2009 : les soins de longue durée. Bruxelles : Commission Européenne.

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=fr&catId=815>

Ce rapport concernant les soins de longue durée est centré sur trois éléments : le choix, la qualité et les soins intégrés/la coordination des soins. Il vise à replacer dans son contexte le débat politique présent et futur sur les soins de longue durée au niveau de la Communauté en se concentrant particulièrement sur le fait de garantir l'accessibilité, la qualité et la viabilité des systèmes de soins de longue durée nationaux.

Gungor K. (2009). Long-term care: regional disparities in Belgium. Munich : MRPA

[http://mpr.ub.uni-muenchen.de/13394/1/MRPA\\_paper\\_13394.pdf](http://mpr.ub.uni-muenchen.de/13394/1/MRPA_paper_13394.pdf)

This paper analyzes the problem of population ageing in terms of non-medical care needs of persons who are dependent or have lost their autonomy, in order to provide the various public and private administrations active in these fields with some food for thought. The anticipated increase in dependency poses significant challenges in terms of needs evolution and financing. Using administrative data on the Belgian population to build indicators on the prevalence of dependency at home in the three regions in 2001, it finds that the likelihood of a sustained increase in the Flemish prevalence rates ultimately amplifies the magnitude of the financing problems that the Flemish dependency insurance scheme has experienced since its first years of operation. Results also show that the smaller increases or the decreases (according to the scenario selected) expected in Wallonia and Brussels are likely to mitigate concern about the sustainability of any long-term care insurance in Wallonia and therefore to facilitate its eventual introduction.

Jones S.R. (2009). Health-care reform in Japan: controlling costs, improving quality and ensuring equity. Paris : OCDE

[http://www.oecd.org/officialdocuments/displaydocumentpdf/?cote=ECO/WKP\(2009\)80&doclanguage=en](http://www.oecd.org/officialdocuments/displaydocumentpdf/?cote=ECO/WKP(2009)80&doclanguage=en)

Le système de santé japonais assure l'accès universel aux soins, contribuant à l'excellent état de santé de la population du pays. Le niveau des dépenses publiques a été maintenu au-dessous de la moyenne de l'OCDE en demandant aux assurés une participation élevée aux coûts et en réduisant les tarifs médicaux. Toutefois, comme les dépenses subissent toujours des pressions à la hausse, en partie du fait du vieillissement rapide de la population, il faut procéder à des réformes pour limiter leur accroissement par le biais d'une meilleure efficacité, tout en améliorant la qualité. Il est indispensable de transférer les soins de longue durée en dehors des hôpitaux, de réformer le système de rémunération en abandonnant le paiement à l'acte, de développer l'utilisation des médicaments génériques, d'encourager un vieillissement en bonne santé et de promouvoir la restructuration du secteur hospitalier. La qualité doit être améliorée en développant l'offre de nouveaux médicaments et dispositifs médicaux efficaces. Pour financer les dépenses supplémentaires, il importe de limiter la part assumée par les salariés de manière à éviter des retombées négatives sur le marché du



travail. Le Japon devra peut-être permettre encore plus la facturation groupée pour améliorer l'accès à certains traitements médicaux de pointe.

King's Fund Institute. (2008). *The Future of Care Funding: Time for a change*. Londres : King's Fund Institute

<http://www.kingsfund.org.uk/publications/future-care-funding>

Caring Choices, a coalition of 15 organisations from across the long-term care system, sought to gather the views of older people, carers and others with direct experience of the system on how care should best be funded in the future. It was born out of widespread and growing concern that the current long-term care funding system is not fit for purpose. Throughout 2007, it has engaged with more than 700 individuals at events across England and Scotland and through an interactive website. The initiative – and this final report in particular – provides insights into potential areas of consensus as well as some of the difficult choices and trade-offs that will need to be made in order to create a funding system that is fair, effective and sustainable. The findings reported below came from the discussions at the Caring Choices events and from a survey of those attending the events, web visitors and a number of partner organisation contacts.

Martin C., Le B.B. (2008). Comment comparer les politiques de prise en charge des personnes âgées dépendantes en Europe ? In : *Où va la protection sociale ?* (pp. 289-311). Paris : Presses Universitaires de France.

Commission Européenne. (C.E.). Direction Générale de l'Emploi - des Affaires Sociales et de l'Egalité des Chances (2008). *Long-term care in the European Union*. Bruxelles : Communauté européenne.

[http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_283\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_283_en.pdf)

Ce rapport analyse les principaux problèmes auxquels les États membres sont confrontés en matière de soins de longue durée ainsi que les stratégies qu'ils ont adoptées pour les résoudre, et présente des solutions envisageables. Il se fonde sur les rapports nationaux élaborés dans le contexte du dispositif mis en place par l'Union pour la fixation d'objectifs, l'évaluation et l'élaboration de rapports en commun dans le domaine de la protection et de l'inclusion sociales – plus connu sous le nom de « méthode ouverte de coordination ». Selon le rapport, les gouvernements nationaux font principalement face aux défis suivants : garantir l'accès de tous aux soins de longue durée, assurer le financement des soins de longue durée grâce à une combinaison judicieuse de ressources publiques et privées et à d'éventuelles modifications des mécanismes de financement, améliorer la coordination entre les services sociaux et médicaux, qui interviennent souvent dans la prestation de soins de longue durée, encourager le développement des soins à domicile ou de proximité au lieu des soins en institution, afin de permettre aux personnes dépendantes de rester chez elles aussi longtemps que possible, améliorer les modalités de recrutement et les conditions de travail des prestataires de soins formels et soutenir les prestataires de soins informels.

Geogantzi A.E. (2007). *The Impact of the crisis on cash-for-care scheme for dependent elderly. A comparative study of France, Italy and England* (2010). Leuven: Catholic University of Leuven.

Ce document examine les répercussions de la crise économique et financière sur les programmes de soins de longue durée offerts aux personnes âgées. L'auteur s'attarde plus particulièrement aux cas de l'Italie, de la France et de l'Angleterre, en mettant l'accent sur la prestation aux aînés fragiles et à leurs aidants informels

Ugerson C., Yeandle S. (2007). *Cash for care in developed Welfare States*. New York: Palgrave Macmillan

In many developed welfare states consumers of social services are increasingly given money rather than services so that they can buy in their own care. Many governments consider this to be the future of care especially for disabled and frail elderly people. This book explores the implications of these trends, not just for the older consumers but also for the workers involved, through cross-national case studies from Austria, France, Germany, Italy, the Netherlands, the United Kingdom and the USA. Whilst some schemes allow relatives to be paid as fully-fledged workers, some turn a blind eye, and others forbid it. Some schemes promote the social rights of care workers, whilst others do not. These issues are explored using new empirical data drawn from a cross-national study of elderly consumers and their careworkers. This study is a major contribution to comparative social policy, gerontology, the new sociology of work, women's studies and points to directions for the future of social care.

Arntz M., Sacchetto R., Spermann A., et al. (2007). *The german social long-term care insurance: structure and reform options*. Discussion Paper; 2625. Bonn: The Institute for the Study of Labor <http://ftp.iza.org/dp2625.pdf>

Regarding social needs in Germany long-term care is an important issue due to an ageing population. Shrinking social networks are leading to a greater need for a public long-term care system. In 1995 the social long-term care insurance was introduced in Germany. In recent years some drawbacks of the social long-term care insurance structure turned out to be in need of reform: While health insurance is a fully comprehensive system, long-term care insurance only provides limited cover. Therefore, insurance funds have an incentive to shift some services from health care to long-term care insurance. Additionally, there is no free competition on the long-term care market because care packages included in the in-kind transfers are negotiated (with respect to services and prices) between insurance funds and professional care providers. Finally, the financial situation of the German social long-term care insurance is tight. While in the first years after introduction the net results of revenues and expenditures were positive they have been negative since 1999 which is due to an increasing number of benefit recipients. Therefore, we discuss several reform options which have been proposed in order to overcome the financial and structural problems. Suggestions for the income side include the introduction of fixed premiums, a fully funded system, a private insurance, or a citizens' insurance. The introduction of individual budgets is the most popular option for the outcome side. A social experiment is under way in order to evaluate the impact of so-called matching transfers.

Wanless D. (2006). *Securing Good Care for Older People* Taking a long-term view. Londres: King's Fund Institute.

More than one million older people (aged 65 and over) use publicly funded social care services in England. In light of criticism and controversy about the funding of these services, The King's Fund commissioned Sir Derek Wanless to undertake a review of social care. The review sought to determine how much should be spent on social care for older people in England over the next 20 years and what funding arrangements need to be in place to ensure that this money is available and will produce high-quality outcomes. This report of their findings will make a significant contribution to the debate on the future of social care.

Huber M., Hennessy P., Izumi J., Kim W., Lundsgaard J. (2005). *Long-term care for older people*: Paris: OCDE

Long-term care is a cross-cutting policy issue that brings together a range of services for persons who are dependent on help with basic activities of daily living. When the cohorts of the baby-boom generation will reach the oldest age groups over the next three decades, demand for long-term care will rise steeply. How do governments in OECD countries respond to this growing demand? What has been done to improve access to long-term care, improve quality of services and make care affordable? Are there examples of successful strategies to improve the mix of services and policies to enable a larger number of older persons to stay in their homes? And has this helped contain the costs of caring for the elderly? This study reports on the latest trends in long-term care policies in nineteen OECD countries: Australia, Austria, Canada, Germany, Hungary, Ireland, Japan, Korea, Luxembourg, the Netherlands, New Zealand, Norway, Mexico, Poland, Spain, Sweden, Switzerland, the United Kingdom, and the United States. It studies lessons learned from countries that undertook major reforms over the past decade. Trends in expenditure, financing and the number of care recipients are analysed based on new data on cross-country differences. Special attention is given to experience with programmes that provide consumers of services with a choice of care options, including cash to family caregivers. Concise country profiles of long-term care systems and an overview on demography and living situations of older persons make this complex policy field more accessible

Jani-Le-Bris H., Union Européenne. Bruxelles. BEL / com. (2004). Services for supporting family carers of elderly people in Europe : Characteristics - coverage and usage. EUROFAMCARE. National background report for France.

Dans le cadre du programme européen "Eurofamcare", ce rapport examine de façon exhaustive la situation française en matière de services proposés aux aidants familiaux s'occupant d'une personne âgée. Il décrit les principales caractéristiques des familles aidantes, le rôle joué par les pouvoirs publics et les services dans ce soutien aux aidants et dans les besoins en soins des personnes âgées, les exemples de services innovants et les aspects financiers relatifs aux coûts et aux financements. Enfin, il identifie les principales tendances et perspectives futures.

Bouget D. (2003). Vieillesse - dépendance et protection sociale en Europe, *La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe ?* (pp. 271-291). Rennes : PUR

Ce chapitre compare la place occupée par la prise en charge de la dépendance en fonction des différents régimes de protection sociale existants en Europe. Dans l'ensemble, la création de prestations d'aide à la dépendance se situe autour de trois finalités et actions principales : dégager l'aide à la dépendance de l'aide familiale et du simple modèle d'assistance, définir un nouveau droit social.

Martin (C.), / dir (2003). La dépendance des personnes âgées : quelles politiques en Europe ? Rennes : PUR

Les incertitudes qui continuent de peser en France sur la définition d'une politique à l'égard de la dépendance des personnes âgées montrent tout l'intérêt de comparer notre situation à celle d'autres pays européens. Suite à près de six ans de débats, le choix a été fait en 1994 d'expérimenter un dispositif nouveau dans quelques départements pilotes. Puis, ce fut l'adoption, fin 1996, de la loi provisoire instituant la prestation spécifique dépendance, qui n'a permis de couvrir qu'une faible partie des besoins. La récente réforme instituant l'Allocation personnalisée d'autonomie qui, en élargissant les conditions d'accès, semblait

une réponse plus assurée n'est pas pour autant une réponse stabilisée. Cet ouvrage tente de contribuer à éclaircir les termes de ces choix, de présenter d'autres politiques mises en œuvre aujourd'hui en Europe et de dessiner ainsi l'horizon des possibles. Les textes regroupés ici ont tout d'abord fait l'objet d'un séminaire international qui s'est tenu à l'Ecole Nationale de Santé Publique, rassemblant quelques meilleurs spécialistes de ces questions en France et en Europe : économistes, juristes, statisticiens, sociologues... Outre l'examen du cas français, cet ouvrage a retenu quelques autres configurations nationales correspondant à quelques-uns des principaux modèles ou régimes d'Etat-providence : les cas britannique, allemand, finlandais et italien. Ces présentations de cas nationaux sont complétées par des textes comparatistes, abordant ces politiques en Europe sous plusieurs angles et perspectives disciplinaires

Joel M.E. (2000). Comment se présente le risque dépendance en Europe ? Encyclopédie protection sociale. Quelle refondation ? (pp. 1365-1374). Paris : Economica

Cette contribution analyse le risque dépendance en Europe en trois parties : tout d'abord, elle montre la complexité intrinsèque du problème de la dépendance des personnes âgées, complexité qui redouble lorsque l'on se situe au niveau européen. La seconde partie décrit comment les différents modèles européens de protection sociale approchent la couverture dépendance en terme distinct. Enfin, elle présente les débats européens sur la dépendance, leurs points de convergence et de divergence.

Joel M.E., Conseil de l'Europe. Strasbourg. EUR / com. (1995). Les besoins spécifiques des personnes âgées dépendantes - les coûts et les financements. Strasbourg : Conseil de l'Europe.

Présenté dans le cadre de la 6ème Conférence des Ministres européens responsables de la sécurité sociale, ce rapport a un double objectif. Il s'agit d'une part de mettre en évidence les besoins en matière de soins aux personnes âgées dépendantes qui voient le jour dans les différents états du Conseil de l'Europe et les coûts associés à la satisfaction de ces besoins. D'autre part, il analyse les problèmes posés par le financement de la dépendance en examinant la manière dont les besoins sont satisfaits grâce à différentes modalités financières et les orientations suivies par les projets de réforme.

Organisation de coopération et de Développement économiques. (1996). Protéger les personnes âgées dépendantes. Des politiques en mutation. Etudes de politiques sociales : 19. Paris : OCDE

La population des personnes très âgées augmente rapidement dans les pays de l'OCDE, et le niveau de ressources consacrées à la prise en charge des personnes âgées dépendantes s'élève de façon spectaculaire. Comment les pays industrialisés s'adaptent-ils à cette profonde mutation sociale ? Quelles mesures les pouvoirs publics prennent-ils pour y faire face ? Cet ouvrage retrace l'évolution des politiques et des pratiques suivies dans l'OCDE et présente huit études détaillées sur le Canada, Le Danemark, l'Espagne, les Etats-Unis, la France, le Japon, le Royaume-Uni et la Suède.

Kessler F. / éd. (1994). La dépendance des personnes âgées : un défi pour le droit de la protection : Strasbourg : Presses Universitaires de Strasbourg

Cet ouvrage reprend des contributions mises à jours au 31 juillet 1994 et présentées lors du Colloque organisé sous l'égide de l'Association Française de Droit du Travail et de Sécurité Sociale, par le Centre de Recherches de Droit Social de l'Université Robert Schuman de Strasbourg au Château des Rohan à Saverne le 6 décembre 1993. Il comprend la présentation

des débats sur les aspects juridiques de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées en Allemagne, au Luxembourg et en France. Le rôle central de la famille dans cette prise en charge est tout particulièrement étudié sous l'angle juridique et sociologique. Les "spécificités françaises" de ce véritable défi aux systèmes publics de protection sociale qu'est le risque de la dépendance sont ainsi mises en évidence.

Organisation de coopération et de Développement économiques. (1994). Protéger les personnes âgées dépendantes : nouvelles orientations. Etudes de politique sociale ; 14. Paris : OCDE

Les personnes âgées sont de plus en plus nombreuses dans les pays de l'OCDE, en particulier les personnes âgées, dont beaucoup ont constamment besoin d'aide, sur le plan tant personnel que social. Le problème auquel sont confrontés les pays est de dispenser une aide de qualité à un coût raisonnable à un nombre croissant de personnes. Ce volume, le premier d'une série de trois publiés sous le titre commun de "Protéger les personnes âgées dépendantes", analyse l'évolution qui a marqué l'aide apportée par les familles, les politiques de logement, le financement de l'aide par le secteur privé et la gestion même des services spécialisés. Il montre aussi que l'organisation de l'aide est en train de changer.

Conseil de l'Europe. (1993). Les prestations de vieillesse et de santé : leur impact sur le financement actuel et futur de la Sécurité sociale, Strasbourg, Strasbourg : Conseil de l'Europe

Actes du colloque organisé, le 18 octobre 1991, à Strasbourg par le Conseil de l'Europe sur le thème des prestations de vieillesse et de santé dans les pays de la Communauté européenne. Le but était d'entamer une réflexion collective afin que les conséquences du vieillissement de la population ne mettent pas en péril l'équilibre financier de la protection sociale en Europe.

Lesemann F. / éd., Martin C. / éd.(1993). Les personnes âgées : dépendance, soins et solidarités familiales : comparaisons internationales : Paris : La Documentation Française.

Réflexion sur les systèmes de protection sociale existants dans certains pays d'Europe pour la prise en charge des personnes âgées. Le vieillissement des populations renforce aujourd'hui la crise des Etats-providence et impose une redéfinition des systèmes de protection sociale. Dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, cette évolution conduit à la redécouverte et à la reconnaissance du rôle des familles par les pouvoirs publics. A une logique mécanique de substitution, cet ouvrage oppose une logique de complémentarité entre solidarités familiales et solidarités publiques.

## Articles, fascicules

Don, D. et Duncan, G. S. (2021). "Long-Term Care's Financial Sustainability." Healthcare Papers **20**(1): 15-19.

A system of facilities and services to support and care for Canada's elderly people is essential and must be sustained, but long-term care (LTC), as we now know it, is not it. It is not sustainable financially either by our governments or its current and future recipients. On the upside, the policy direction should easily be changed given that those recipients' strong preference is to age in place in their own homes and communities, not in institutional care homes.

Tenand, M., Hussem, A. et Bakx, P. (2021). "Encourager le maintien à domicile par des financements alternatifs : le cas néerlandais." *Gérontologie et société* **43 / 165**(2) : 287-304.

<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2021-2-page-287.htm>

Libre choix, maintien à domicile, accessibilité financière et maîtrise des dépenses publiques sont au cœur des débats sur la prise en charge de la dépendance. Afin de mieux concilier ces objectifs, les Pays-Bas ont développé de nouvelles prestations dépendance : les forfaits à domicile (VPT et MPT) et les prestations monétaires (PGB). En principe, ces prestations permettent à la personne âgée de bénéficier d'une prise en charge globale à son domicile. Le rôle joué par ces nouvelles options de prise en charge est à ce jour peu documenté. Cet article explique leur fonctionnement, notamment du point de vue du partage des coûts entre puissance publique et bénéficiaire, et mobilise différentes sources statistiques (données administratives individuelles et données agrégées) pour éclairer les développements récents. Davantage mobilisés par les moins dépendants mais aussi par les bénéficiaires les plus aisés, ces financements semblent contribuer autant au maintien à domicile qu'au développement d'établissements non conventionnés. Si ces nouvelles prestations favorisent des formes résidentielles intermédiaires et pourraient dégager des marges budgétaires, elles pourraient également remettre en cause l'équité dans la prise en charge et dans son financement qui sous-tend l'assurance sociale dépendance néerlandaise. Le cas des Pays-Bas fournit une illustration de la difficulté à mettre au point des dispositifs permettant de concilier libre choix et universalité de la prise en charge.

Longo, F., Claxton, K., Lomas, J., et al. (2021) "Does public long-term care expenditure improve care-related quality of life of service users in England?" *Health Economics* **30**(10): 2561-2581

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.4396>

Abstract Public long-term care (LTC) systems provide services to support people experiencing difficulties with their activities of daily living. This study investigates the marginal effect of changes in public LTC expenditure on care-related quality of life (CRQoL) of existing service users in England. The public LTC program for people aged 18 or older in England is called Adult Social Care (ASC) and it is provided and managed by local authorities. We collect data on the outcomes and characteristics of public ASC users, on public ASC expenditure, and on the characteristics of local authorities across England in 2017/18. We employ an instrumental variable approach using conditionally exogenous elements of the public funding system to estimate the effect of public ASC expenditure on user CRQoL. Our findings show that by increasing public ASC expenditure by £1000 per user, on average, local authorities increase user CRQoL by 0.0030. These results suggest that public ASC is effective in increasing users' quality of life but only to a relatively small extent. When combined with the other potential effects of LTC expenditure (e.g., on informal carers, mortality), this study can inform policy makers in the United Kingdom and internationally about whether social care provides good value for money.

Costa-Font, J. et Zigante, V. (2020). "Building "implicit partnerships"? Financial long-term care entitlements in Europe." *Policy Sciences*

<https://doi.org/10.1007/s11077-020-09403-1>

The design of public subsidies for long-term care (LTC) programmes to support frail, elderly individuals in Europe is subject to both tight budget constraints and increasing demand pressures for care. However, what helps overcoming the constraints that modify LTC entitlements? We provide a unifying explanation of the conditions that facilitate the modification of public financial entitlements to LTC. We build on the concept of 'implicit partnerships', an implicit (or 'silent') agreement, encompassing the financial co-participation of both public funders, and families either by both allocating time and/or financial resources

to caregiving. Next, we provide suggestive evidence of policy reforms modifying public entitlements in seven European countries which can be classified as either 'implicit user partnerships' or 'implicit caregiver partnerships'. Finally, we show that taxpayers attitudes mirror the specific type of implicit partnership each country has adopted. Hence, we conclude that the modification of long-term care entitlements require the formation of some type of 'implicit partnership'.

Hasegawa, R. et Yasuoka, M. (2020). Long-term care insurance effects on Japan fs regional economy: an approach linking theoretical with empirical analysis. Discussion Paper Series 209  
<https://ideas.repec.org/p/kgu/wpaper/209.html>

Long-term care insurance plays an important role in Japan, where dual problems of an aging population and low birthrate have continued. Such insurance affects the macro-economy through many mechanisms, with both negative and positive influences. Although increased taxes and insurance premiums from long-term care decrease consumption, decreasing precautionary saving eventually increases consumption because of decreased risks of long-term care and mitigation of self-payment for people receiving long-term care services. Furthermore, effects on household consumption by the aging population and low birthrate are expected to differ among regional economies. This study, particularly addressing insurance effects on household consumption and the regional economy, develops a theoretical model for household consumption and assesses numerical examples of macroeconomic effects using parameters that are consistent with data for Japan. Furthermore, using a multi-regional input/output (MRIO) table at the prefectural level in Japan, we examine long-term care insurance effects on household consumption and economic ripple effects occurring regionally and nationally. The results reveal differences in insurance effects by region and by household generation. Gross Domestic Product (GDP), representing total economic activity, rises. Gross Regional Product (GRP) can also be pulled up. However, because of a difference in the degrees of increase in GRP in the respective regions, GRP inequality can be magnified. Specifically considering these results, we assess relations between regional economic disparities and improvements in long-term care insurance.

Longo, F., Claxton, K. et Lomas, J. (2020). Does public long-term care expenditure improve care-related quality of life in England? CHE Research Paper Series; 172. York University of York  
[https://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP172\\_public\\_long\\_term\\_care\\_expenditure\\_QoL.pdf](https://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP172_public_long_term_care_expenditure_QoL.pdf)

Public long-term care (LTC) systems are common across Organisation for Economic Co-operation and Development countries and they provide services to support people experiencing difficulties with their activities of daily living. This study investigates the marginal effect of changes in public LTC expenditure on care-related quality of life (CRQoL) in England. The public LTC programme for people aged 18 or older in England is called Adult Social Care (ASC) and it is provided and managed by local authorities. We collect data on outcomes and characteristics of public ASC users, and on public ASC expenditure and characteristics of local authorities across England in 2017/18. We employ an instrumental variable approach using conditionally exogenous elements of the public funding system to estimate the effect of public ASC expenditure on users' CRQoL. Our findings show that increasing public ASC expenditure by £1,000 per user generates 0.0031 additional CRQoL. These results suggest that public ASC is effective in increasing users' quality of life but only to a relatively small extent. Combined with other findings on the effect of LTC expenditure on

mortality, this study can inform policy makers in the UK and around the world about whether social care provides good value for money.

Tenand, M., Bakx, P. et van Doorslaer, E. (2020). "Equal long-term care for equal needs with universal and comprehensive coverage? An assessment using Dutch administrative data." *Health Economics* **29**(4): 435-451.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.3994>

**Abstract** The Netherlands is one of the few countries that offer generous universal public 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.

Del Pozo-Rubio, R. et Jiménez-Rubio, D. (2019). "Catastrophic risk associated with out-of-pocket payments for long term care in Spain." *Health Policy* **123**(6): 582-589.

<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.

Khorfbage, T. (2019). Long-run consequences of informal elderly care and implications of public long-term care insurance. *HEDG Working Paper; 19/17*. York University of York  
<https://ideas.repec.org/p/yor/hectdg/19-17.html>

In this paper, I estimate a dynamic structural model of labor supply, retirement, and informal care supply, incorporating labor market frictions and the German tax and benefit system. I find that informal elderly care has adverse and persistent effects on labor market outcomes and therefore negatively affects lifetime earnings, future pension benefits, and individuals' well-being. These consequences of caregiving are heterogeneous and depend on age, previous earnings, and institutional regulations. Policy simulations suggest that, even though fiscally costly, public long-term care insurance can offset the personal costs of caregiving to a large extent - in particular for low-income individuals.

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 Der A., M. J., Paulus, A. T. G., Klossek, S., et al. (2019). "The impact of reforms of national health insurance on solidarity in the Netherlands: comparing health care insurance and long-term care insurance." *Journal of Long-Term Care*: 143-152.  
<http://eprints.lse.ac.uk/id/eprint/106225>

Context: Throughout Europe, the financial risks of health and long-term care are covered to varying degrees through models of national (health) insurance. Such insurance draws upon the principle of solidarity. Much is unknown on the solidarity-effects of reforms in national insurance schemes. Objective: To present an empirical analysis of the effects of recent reforms in national health insurance on solidarity in one country. Methods: We conducted a comparative analysis of the 2006 health care insurance reform and the 2015 long-term care insurance reform in the Netherlands. A multidimensional analytical framework of solidarity

was developed to study the solidarity-effects of both reforms. Findings: Reforms of health care and long-term care insurance in the Netherlands had some solidarity effects, but they should not be overstated. We found evidence for increased and decreased solidarity. Health care insurance seems more 'immune' to reductions in solidarity than long-term care insurance. Limitations: The present case study involves reforms in the Netherlands. The solidarity framework is specifically designed for the study of solidarity-effects of reforms on national health and long-term care insurance. Effects on informal arrangements for care are beyond the scope of this study. More detailed and quantitative research is required to investigate how the reforms played out for specific groups, for instance the frail elderly, people with a disability and people with rare conditions. Similarly, long-term effects require further investigation. Implications: Given the limited scope of our analysis, more comparative research (including on an international scale) is required to develop systematic insight into the solidarity-effects of reforms in national health and long-term care insurance.

Ikegami, N. (2019). "Financing Long-term Care: Lessons from Japan." *Int J Health Policy Manag* **8**(8): 462-466.

Long-term care (LTC) must be carefully delineated when expenditures are compared across countries because how LTC services are defined and delivered differ in each country. LTC's objectives are to compensate for functional decline and mitigate the care burden of the family. Governments have tended to focus on the poor but Germany opted to make LTC universally available in 1995/1996. The applicant's level of dependence is assessed by the medical team of the social insurance plan. Japan basically followed this model but, unlike Germany where those eligible may opt for cash benefits, they are limited to services. Benefits are set more generously in Japan because, prior to its implementation in 2000, health insurance had covered long-stays in hospitals and there had been major expansions of social services. These service levels had to be maintained and be made universally available for all those meeting the eligibility criteria. As a result, efforts to contain costs after the implementation of the LTC Insurance have had only marginal effects. This indicates it would be more efficient and equitable to introduce public LTC Insurance at an early stage before benefits have expanded as a result of ad hoc policy decisions.

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.

Cornell, P. Y. et Grabowski, D. C. (2018). "The Impact of Policy Incentives on Long-Term Care Insurance and Medicaid Costs: Does Underwriting Matter?" *Health Serv Res* **53**(5): 3728-3749.

**OBJECTIVE:** To test whether underwriting modifies the effect of state-based incentives on Individuals' purchase of long-term care insurance. **DATA SOURCE:** Health and Retirement Study (HRS), 1996-2012. **STUDY DESIGN:** We estimated difference-in-difference regression models with an interaction of state policy indicators with individuals' probabilities of being approved for long-term care insurance. **DATA EXTRACTION:** We imputed probabilities of underwriting approval for respondents in the HRS using a model developed with underwriting decisions from two U.S. insurance firms. We measured the elasticity response to long-term care insurance price using changes in simulated after-tax price as an instrumental variable for premium price. **PRINCIPAL FINDINGS:** Tax incentives and Partnership programs increased insurance purchase by 3.62 percentage points and 1.8 percentage points, respectively, among those with the lowest risk (highest approval probability). Neither had any statistically significant effects among the highest risk individuals. **CONCLUSIONS:** We show that ignoring the effects of underwriting may lead to biased estimates of the potential state budget savings of long-term care insurance tax incentives. If the private market is to play a role in financing long-term care, policies need to address the underlying adverse selection problems.

Grignon, M. et Spencer, B. G. (2018). "The Funding of Long-Term Care in Canada: What Do We Know, What Should We Know?" *Can J Aging* **37**(2): 110-120.

**ABSTRACT:** Long-term care is a growing component of health care spending but how much is spent or who bears the cost is uncertain, and the measures vary depending on the source used. We drew on regularly published series and ad hoc publications to compile preferred estimates of the share of long-term care spending in total health care spending, the private share of long-term care spending, and the share of residential care within long-term care. For each series, we compared estimates obtainable from published sources (CIHI [Canadian Institute for Health Information] and OECD [Organization for Economic Cooperation and Development]) with our preferred estimates. We conclude that using published series without adjustment would lead to spurious conclusions on the level and evolution of spending on long-term care in Canada as well as on the distribution of costs between private and public funders and between residential and home care.

Penning, M. J., Cloutier, D. S., Nuernberger, K., et al. (2018). "Long-term Care Trajectories in Canadian Context: Patterns and Predictors of Publicly Funded Care." *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* **73**(6): 1077-1087.

**OBJECTIVES:** Drawing on a structural life course perspective (LCP), we examined the most common trajectories experienced by older long-term care (LTC; home and community-based care, assisted living, and nursing home care) recipients. The overall sequencing of care transitions was considered along with the role of social structural location, social and economic resources, and health factors in influencing them. **METHOD:** Latent class and latent transition analyses were conducted using administrative data obtained over a 4-year period for clients aged 65 and older ( $n = 2,951$ ) admitted into publicly funded LTC in 1 Canadian health region. **RESULTS:** Four main LTC trajectories were identified within which a wider range of more specific or secondary subtrajectories were embedded. These were shaped by social structural factors (age, gender, rural-urban residence), social and economic resources (marital status, income, payment for services), and health factors (chronic conditions, functional and cognitive impairment and decline, problematic behaviors). **DISCUSSION:** Our

findings support the utility of a structural LCP for understanding LTC trajectories in later life. In doing so, they also reveal avenues for enhancing equitable access to care and the need for options that would increase continuity and minimize unnecessary, untimely, or undesirable transitions.

Villalobos Dintrans, P. (2018). "Long-term care systems as social security: the case of Chile." *Health Policy Plan* **33**(9): 1018-1025.

Similar to many other countries, Chile is facing the challenges of rapid ageing and the increase in long-term care (LTC) needs for this population. Implementation of LTC systems has been the response to these challenges in other countries, however, Chile still lacks a strategy for addressing LTC needs. This article advocates for the implementation of a LTC system in Chile, demonstrating that this could be an effective and efficient response to cope with the current and future challenges faced by the country. The rationale for implementing a LTC system is based on the principles of the country's social security system and on the fact that not having a LTC in place is not costless.

Owen, A. and V. Sharon (2016). "Funding Long-Term Care in Canada: Issues and Options." *HealthcarePapers* **15**(4)

<https://www.longwoods.com/publications/healthcarepapers/24581>

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.

Peña-Longobardo, L. M., et al. (2016). "The Spanish long-term care system in transition: Ten years since the 2006 Dependency Act." *Health Policy* **120**(10): 1177-1182.

The Dependency Act has changed the structure of the LTC system in Spain. The economic and political context of the reform has adversely affected the performance of the LTC system. A large number of people are evaluated to be eligible for benefits but do not receive them. Monetary benefits have become usual practice rather than an exceptional resort. The political consensus on which the LTC system rested has weakened since 2006.

Costa-Font, J., Courbage, C., et al. (2015). Financing long-term care: ex ante, ex post or both? *Health Economics* (24), suppl.1: 45-57

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 even though 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.

Ranci, C. and E. Pavolini (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.

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. 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. Regarding 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.

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

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.

Columbo F., Mercier J., 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](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/150246/Eurohealth-Vol17-No-2-3-Web.pdf)

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.

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.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3000929/pdf/milq0088-0286.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., Davin B. (2010). Use of formal and informal care services among older people. *The European Journal of Health Economics*, **11** (5) : 499-501.

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.

Karakaya G. (2010). L'assurance-dépendance en Belgique. *Revue Belge de Sécurité Sociale*, **52** (1) : 35-58.

Le présent article décrit le système d'assurance-dépendance (appelée aussi "assurance-soins de santé flamande") actuellement en vigueur dans la Communauté flamande. Cette assurance sociale est obligatoire pour toute personne habitant la Région flamande, alors qu'elle est optionnelle pour les habitants de la Région bilingue de Bruxelles-Capitale. La Région wallonne n'a pas encore, à ce jour, instauré un quelconque système pour couvrir la dépendance aux soins. Nous tenterons également d'élucider les facteurs clés qui expliquent l'augmentation des dépenses dans le domaine de la dépendance, les ajustements et les changements successifs de l'assurance-dépendance et la présence ou non d'un problème de sélection adverse résultant du caractère optionnel de la 'Vlaamse Zorgverzekering' pour les habitants de Bruxelles (Orsini, 2004, Vansteenkiste, 2004 et Ruz Torres, 2004). L'article se structure comme suit. En premier lieu, il passe en revue la portée, les allocations, le financement et le fonctionnement de l'assurance-dépendance flamande ('Vlaamse Zorgverzekering'). En deuxième lieu, il présente les statistiques relatives au nombre de personnes affiliées à la 'Vlaamse Zorgverzekering' ainsi que le nombre et le pourcentage des demandes approuvées. Ensuite, il décrit la méthode de calcul et de distribution d'allocations accordées par le Gouvernement flamand. Enfin, nous présentons les recettes et les dépenses/coûts en relation avec l'assurance-dépendance flamande et il formule une conclusion.

Berberi C. (2010). L'aide aux personnes âgées en perte d'autonomie. In : Politiques sociales et familiales en Grande-Bretagne. Informations sociales, 159 : 138-146

Le secteur de l'aide aux personnes âgées dépendantes est en plein bouleversement au Royaume-Uni. Alors que les besoins vont exploser au cours des prochaines années, le système, largement privatisé, est soumis à de nombreuses critiques : injustice, opacité, complexité, lenteur, manque d'information envers le public... Le gouvernement a entrepris de le réorganiser dans le cadre de sa réforme du service d'aide national qui doit aboutir en 2010.

Masuy A.J. (2010). Les politiques de soutien aux aidants proches en Belgique : un développement typiquement belge. *Revue Belge de Sécurité Sociale*, 52 (1) : 59-80.

<https://www.pug.fr/chapitre/1490/9782706129773/partie-3-chap-2-les-politiques-de-soutien-aux-aidants-proches-en-belgique-un-developpement-typiquement-belge-p-199-221>

Ces dernières décennies, le vieillissement de la population s'est imposé comme l'un des défis majeurs du 21<sup>ème</sup> 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 (1) en Belgique. L'article est divisé en cinq parties. La première situe le cadre socio-démographique 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.

Fernandez J.L., Forder J., Trukeschitz B., Rokosova M., McDaid. (2009). How can European states design efficient, equitable and sustainable funding systems for long-term care for older people? Policy Brief ; 11. Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe.

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0011/64955/E92561.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/64955/E92561.pdf)

Discusses various policy options for public financing of long-term care systems in Europe, such as a the provision of a basic safety net, a universal system, and one that combines universal elements with means-testing.

BertelsmannStiftung. (2008). Focus on long-term care, sickness Funds as payers and players, improving quality of care. Health Policy Developments, (10)

This issue discusses and examines the following subjects: Long-term care: Developing insurance solutions; New forms of delivery: The advance continues ; Cancer: Prevention and

care; Sickness funds: Payers to players; Quality assurance: Shooting at moving targets; Pharmaceuticals: Tug-of-war between financiers and industry; More choice through privatization and vouchers?

Costa-Font J., Font-Vilalta M. (2006). Limites de la conception des régimes d'assurance pour soins de longue durée : étude comparative de la situation en Espagne. *Revue Internationale de Sécurité Sociale (Aiss)*, 59 (4) : 113-139.

Les mutations sociales et démographiques transforment graduellement la manière dont les sociétés occidentales prennent soin des personnes âgées dépendantes, et notamment l'offre d'assurance pour soins de longue durée. Face à la nécessité de disposer de services de soins et de moyens de financement bien établis, cette étude aborde toute une gamme d'instruments d'assurance, tant privés que publics. En règle générale, l'assurance pour soins de longue durée est notablement sous-développée. De plus dans les pays du Sud de l'Europe, le rôle du secteur public en matière de soins de longue durée est mal défini en comparaison de son rôle dans d'autres champs connexes de la protection sociale comme les soins de maladie. Les auteurs examinent différentes possibilités de financement de l'assurance pour soins de longue durée, en prenant pour critère de référence la réforme espagnole du financement des soins de longue durée. Ils font un tour d'horizon rapide de quelques modes de financement public des soins de longue durée et analysent en profondeur le rôle potentiel de l'assurance privée pour soins de longue durée, en soulignant le rôle actif qu'elle doit jouer à côté des régimes d'assurance ordinaires obligatoires et des solutions d'auto-assurance. Comme dans d'autres pays européens, les attitudes sociales en Espagne témoignent d'une préférence pour des formes de droit généralisé aux prestations d'un régime à financement public, même si l'intensité de cette préférence varie considérablement d'une région à l'autre.

Hofmarcher M., Riedel M., Rohrling G. (2004). Long-term care in the EU: little chance for prioritising outpatient care over inpatient care? *Health System Watch*, (3)

<https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.732224&version=1581515705>

The delineation in the work sharing between acute and long-term care is reflected in a trade-off between long-term and acute care beds. In some of the new EU member states as well as in Austria and Belgium, a high number of acute care beds is contrasted by considerably fewer number of long-term care beds. In the Nordic countries more long-term care beds than acute care beds are being supplied. These differences can partly be explained by the different sense of responsibility on the part of the family and the state towards care provision. The typical reasons why elderly patients often stay in hospital longer than necessary from the medical point of view is their continued need for care, which is contrasted by lacking nursing facilities. At least it seems that all countries have become increasingly aware of this misallocation. What also has to be considered when extending out-patient care facilities is the opportunity of home care on the one hand and the development of the degree of care dependency on the other hand. Since the beginning of the 90s some countries have made efforts to improve the access to long term care by extending existing facilities and establishing new ones. The aim was to guarantee easy, population-wide access like it already existed with most acute-care facilities. In some countries the institutional requirements had to be created first, like the long-term care insurance schemes in Germany and Japan or the tax-financed long-term care allowance in Austria. In most countries observed quality-improvement measures were taken, too. These included education and training requirements, treatment standards and directives as well as the establishment of institutions for working out and implementing these quality standards.



Leonard C. (2004). La compensation de l'autonomie. Les expériences française - luxembourgeoise - flamande et allemande : des différences formelles mais également conceptuelles. *L'Observatoire*, (44) : 72-85.

Cet article présente les systèmes de prise en charge de la dépendance en France, en Allemagne et dans la communauté flamande, afin de mettre en évidence non seulement des différences d'ordre organisationnel, mais surtout des différences d'approche, voire idéologique entre les pays ou régions qui connaissent pourtant des systèmes de protection sociale assez proche. Il tente de répondre à cinq questions : qu'est-ce que la dépendance, comment l'évalue-t-on, comment détermine t'on les prestations compensatrices, quelles sont les (éventuelles) conditions d'éligibilité, et enfin comment finance t'on les systèmes de prises en charge ?

Matsuda S. (2004). The long term care insurance scheme in Japan. In : Health Economics in Japan - Économie de la santé au Japon. *Journal d'Economie Médicale*, 22 (1-2) : 85-91.

In 2000, the Japanese government implemented the Long Term Care Insurance (LTCI) as a new scheme for the frail elderly. The budget of the insurance is based on fifty percent from general tax and another fifty percent from the premium of the insured. In order to receive the LTCI services, a person has to be evaluated as eligible according to the nationally standardized evaluation process. By this process, the applicants are classified into one of 6 levels of dependency or eligibility is rejected. Each eligibility level entitles the applicant to an explicitly defined monetary amount of services. (...) Three years have passed since the introduction of the LTCI scheme. The number of users and providers has been increasing. It is becoming a serious problem for insurers how to maintain enough finance for the scheme. In order to make the LTCI scheme sustainable, it is required to strengthen health promotion activity for the aged. (Résumé d'auteur).

Dorenlot P., Armbruster S. (2002). Prise en charge de la "dépendance" en Allemagne : l'assurance soins de longue durée : évolution depuis 1995. In : Vieillesse et santé. *Santé Société et Solidarité : Revue de L'Observatoire Franco-québécois*, (2) : 123-132.

Face au problème de la prise en charge des personnes âgées, l'assurance soins de longue durée allemande constitue une réponse originale. Instituée en nouvelle branche de l'assurance sociale, elle couvre le risque général d'entrée en incapacité à tout âge et n'est donc pas réservée aux plus âgés. La loi vise à favoriser le maintien à domicile des personnes par la reconnaissance et le soutien financier apportés à l'aide informelle. La satisfaction des usagers et des aidants, leur préférence pour les prestations en espèces montrent qu'une réponse équilibrée a été trouvée ici dans le rapport entre aide informelle et professionnelle. De même, l'introduction de la concurrence privée au niveau de l'offre, les procédures de contrôle de la qualité instaurées ou la mise à contribution du bénévolat constituent des solutions intéressantes. Récemment, une loi complémentaire visant à une meilleure prise en compte des personnes souffrant de troubles cognitifs a été votée. Outre la mise en place de critères d'éligibilité supplémentaires, elle prévoit le développement de structures de garde adaptées permettant le maintien à domicile des personnes touchées.

Sigg. R., Hoskins D., Augusztinovics M., et al. (2002). Le vieillissement : Un défi pour la sécurité sociale. *Revue Internationale de Sécurité Sociale (Aiss)*, (1)

Pour le monde de la sécurité sociale, la deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement, organisée par les Nations Unies à Madrid du 8 au 12 avril 2002, est incontestablement un

événement de première importance, pour lequel, la Revue internationale de sécurité sociale a tenu à consacrer un numéro spécial. Son ambition est de montrer le rôle central que la sécurité sociale est appelée à jouer dans la promotion d'une vieillesse digne et à l'abri du besoin. Il s'agit aussi de montrer que la sécurité sociale possède les moyens de relever les nombreux défis posés par le vieillissement démographique.

Kershner N. (1999). L'assurance-dépendance au Luxembourg. *Gérontologie*, (112) : 20-28.

Le Luxembourg vient de réaliser une réforme sociale fondamentale en complétant son système des assurances sociales par un nouveau risque : la dépendance, c'est à dire le besoin d'aide d'une tierce personne pour effectuer les actes essentiels de la vie, à savoir l'hygiène corporelle, la nutrition et la mobilité. L'assurance-dépendance est entrée en vigueur au 1er janvier 1999. Le Luxembourg a emboîté le pas à l'Allemagne où une assurance-dépendance est en œuvre depuis 1995. Il s'est d'ailleurs fortement inspiré du modèle allemand tout en l'adaptant à la spécificité luxembourgeoise.

Henrard J. (1997). Le financement des soins de longue durée en Europe. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, (20) : 33-36.

Hennessy P. (1997). Le risque croissant de dépendance des personnes âgées : rôle des familles et de la Sécurité sociale. *Revue Internationale de Sécurité Sociale (Aiss)*, 50 (1) : 25-44.

Le présent rapport a pour objet de présenter un large panorama des tendances récentes dans l'organisation et le financement des soins de longue durée, en insistant particulièrement sur le rôle des familles et des mécanismes de Sécurité sociale. Les récentes réformes survenues dans un certain nombre de pays sont passées en revue et, finalement, une série d'objectifs sont proposés qui permettent d'évaluer à la fois les systèmes en vigueur et les solutions de remplacement proposées. La conclusion générale est que les sociétés industrielles devront très clairement consacrer davantage de ressources aux soins de longue durée. Si nous avons maintenant une idée relativement satisfaisante de la manière dont il serait souhaitable que les services soient organisés, la principale question reste de savoir comment le coût doit être partagé entre les différentes couches de la population.

## Pour aller plus loin

### **[CNSA \(Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie\)](#)**

Mise en place en mai 2005, la CNSA est, à partir du 1er janvier 2006, chargée de financer les aides en faveur des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées, garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire et pour l'ensemble des handicaps, assurer une mission d'expertise, d'information et d'animation pour suivre la qualité du service rendu aux personnes. Le site présente les différentes actions du CNSA dans les domaines cités ci-dessus. Une rubrique « Documentation » offre les textes et outils permettant de mettre en perspective et d'approfondir la genèse, la structure et les actions de la CNSA. Elle propose aussi un panorama des contextes législatifs, administratifs, associatifs des actions pour l'autonomie et l'accompagnement de la dépendance.

### **[Dossier sur le site de Vie publique](#)**

Dossier sur la politique de prise en charge de la dépendance de la personne âgée.

### **[Dossier APA sur le site du ministère de la santé](#)**

Cet espace présente notamment les enquêtes et publications de la DREES concernant la dépendance des personnes âgées : enquête trimestrielle APA, enquête annuelle sur les bénéficiaires et les dépenses d'aide sociale départementale, les remontées individuelles APA 2008-2009

### **[Dossier documentaire de l'En3s](#)**

### **[Ministère des Affaires sociales et de la santé, espace « Personnes âgées »](#)**

**[Dossier Grand âge et autonomie sur le site du ministère](#)** (archives)