

Vieillesse et santé

Bibliographie thématique

Mise à jour : Avril 2026

Centre de documentation de l'Irdes

Véronique Suhard

Synthèses & Bibliographies

Reproduction sur d'autres sites interdite mais lien vers le document accepté
<https://www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html>

Table des matières

Introduction	3
Aspects démographiques	4
Etat de santé et prévention	8
1-Travaux des chercheurs de l' Irdes	8
2. �tudes françaises	10
3. En Europe /A l'étranger	22
Protection sociale et dépenses de santé	25
1-Etudes Irdes	25
2-Etudes françaises	27
3-En Europe, à l'étranger	35
Prestations d'aide et de soins.....	47
Prise en charge institutionnelle	47
<i>Encadré : Zoom sur la loi portant mesures pour bâtir la société du bien-vieillir et de l'autonomie.....</i>	<i>47</i>
En France	48
� l'étranger	72
Les aidants informels	89
<i>Encadré : les politiques à destination des aidants en France</i>	<i>89</i>
En France	90
En Europe à l'étranger	101
Quelques sites sur la problématique du vieillissement.....	110
Quelques revues spécialisées	111
Quelques grandes enquêtes sur le vieillissement	111
Enquêtes francaises	111
Aux �tats-Unis.....	112
En Europe.....	112
Autres pays	112

Introduction

Les effets du vieillissement de la population sous l'effet de l'allongement de l'espérance de vie suscitent un grand nombre d'enjeux pour les politiques publiques. En une décennie, la part des personnes âgées de plus de 65 ans au sein de la population française est passée de 18,9 % en 2016 à 22,2 % en 2026.¹ Face à ce phénomène, de nombreux défis sociétaux et économiques sont apparus. En 2050, près de 23 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus vivront en France, soit 5 millions de plus qu'en 2021. 738 000 personnes supplémentaires seraient en perte d'autonomie en 2050.²

Cette bibliographie générale, non exhaustive, se veut être un état des lieux des publications concernant l'impact du vieillissement démographique en abordant plusieurs aspects : données de cadrage sur les aspects démographiques, l'état de santé de la population âgée et la prévention des pathologies lors de l'avancée en âge ; la protection sociale et les dépenses de santé, les politiques d'aides et de soins envers cette population, la situations des aidants informels.

Cette bibliographie couvre la période 2015-2026. Bases de données interrogées : base interne de l'Irdes, Cairn, pubmed et Google scholar

¹ Insee (2026). Bilan démographique 2025. *Insee Première*, n°2087

² Louvel, A. (2026). Soutien à l'autonomie des personnes âgées : entre 150 000 et 200 000 emplois supplémentaires seraient nécessaires en 2050. *Études et Résultats Drees* (1365)

Aspects démographiques

Insee (2026). "Bilan démographique 2025." Insee Première (2087)

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/8719824>

En 2025, le solde naturel en France est négatif pour la première fois depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale. Au 1^{er} janvier 2026, la population en France est estimée à 69,1 millions d'habitants, soit 0,25 % de plus qu'un an auparavant. 22 % de la population a au moins 65 ans, soit presque la même proportion que celle des moins de 20 ans.

Bonnet, C., et al. (2025). "La dynamique et les défis du vieillissement de la population." Administration(3): 13-15.

L'augmentation de la part des femmes et des hommes âgés au sein de la population résulte de dynamiques démographiques multiples ; une plus grande longévité, des générations à larges effectifs atteignant les âges élevés et très élevés, des générations de taille plus réduite qui leur ont succédé. Le vieillissement de la population transforme de manière substantielle l'équilibre numérique entre les "grands âges" de la vie, sur lequel se sont construits la société, ses infrastructures et son système de protection sociale. Cet article décrit les enjeux que représentent ces transformations et les défis que la société se doit de relever pour adapter son fonctionnement à ces évolutions démographiques.

Bonnet, C. and J. Tréguier (2025). "Sept femmes sur dix connaîtront le veuvage après 60 ans, pour une période de 13 ans." Population & Sociétés **639**(12): 1-4.

Kesztenbaum, L. (2025). "Un siècle de vieillissement en France, 1921-2021. Disparités de genre et de classe." Travail, genre et sociétés **54**(2): 25-43.

L'arrivée aux grands âges des générations du « baby-boom » (nées après la fin de la Seconde Guerre mondiale) accélère depuis quelques années le vieillissement de la population française. Ce phénomène est profondément genré : non seulement les femmes représentent la très grande majorité des personnes âgées, mais leur part augmente fortement avec l'âge. Cet article présente ce processus de féminisation sur la longue durée et ce que son caractère massif invisibilise. À travers l'analyse de la condition des personnes vieillissantes depuis un siècle il met en évidence les très grandes disparités de genre dans l'expérience du grand âge, conséquence de pratiques et de structures de gestion de la vieillesse pensées autour d'un modèle orienté autour du travail masculin. Les femmes âgées sont plus souvent isolées, plus souvent pauvres, plus souvent en mauvaise santé.

Pison, G. (2025). "Vieillesse et perspectives de la population mondiale." Constructif **71**(2): 15-25.

Le vieillissement démographique affecte, avec une intensité variée, tous les pays du monde. Inquiétant les pays du Nord, cette dynamique sera beaucoup plus rapide dans ceux du Sud où n'existent pas de systèmes de retraite développés. Partout, les pyramides des âges se déforment, tandis que se recomposent les positions relatives des nations. Ainsi, la France, qui était il y a un siècle le plus vieux pays d'Europe, est en passe de devenir l'un des plus jeunes.

Pison, G. and L. Toulemon (2025). "La population de la France va-t-elle diminuer ?" Population et sociétés(631):

La croissance de 0,25 % de la population de la France en 2024 tient pour les neuf dixièmes au solde migratoire et pour un dixième au solde naturel. La baisse de ce dernier vient à la fois d'une diminution des naissances et d'une hausse des décès. Sous l'hypothèse d'une fécondité et d'un solde migratoire stables aux niveaux de 2024, ainsi que d'une hausse de l'espérance de vie à un rythme ralenti, la projection indique que le solde naturel deviendrait négatif en 2027 mais que la population augmenterait encore pendant deux décennies.

(2024). "Atlas cartographique du grand âge. : Les dynamiques territoriales du vieillissement". Paris, Intercommunalités de France

<https://www.intercommunalites.fr/publications/atlas-cartographique-du-grand-age/>

Constituant le premier volet d'une analyse approfondie sur le grand âge, ce document propose des éléments de cadrage essentiels pour comprendre pleinement les enjeux de la transition démographique à l'échelle nationale, tout en permettant de cibler les spécificités propres à chaque intercommunalité. Un second volet (dont la parution est prévue début 2025) abordera le grand âge à travers des thématiques tels que la santé, l'accessibilité, la vie sociale et les aidants. Cette analyse dressera un état des lieux des pratiques locales et des modalités de mise en œuvre des politiques du « grand âge » à l'échelle des bassins de vie, en s'appuyant sur des retours d'expérience.

Toulemon, L., et al. (2022). "La population française devrait continuer de vieillir d'ici un demi-siècle." Population et sociétés(597)

Selon les projections de l'Insee publiées en 2021, la France comptera entre 58 et 79 millions d'habitants en 2070. Le scénario central conduit à une population de 68 millions d'habitants. Il annonce une population plus vieille qu'aujourd'hui, et en légère diminution à partir de 2044 alors que les projections précédentes tablaient sur un maintien de la croissance. L'exc dent des décès sur les naissances ne serait en effet plus compensé par un solde migratoire positif. L'écart avec le chiffre annoncé pour 2070 par les projections précédentes (publiées en 2016), 76 millions, est important. Il vient de la révision à la baisse à la fois de l'effectif de la population de 2021 et des hypothèses de fécondité, d'espérance de vie et de migrations.

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

<https://shs.cairn.info/revue-population-2021-2-page-225>

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   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).

Pison, G. and S. Dauphin (2020). Enjeux et perspectives démographiques en France 2020-2050. Un état des connaissances. Document de travail 259. Paris, Ined

Ce document présente une synthèse sur les perspectives démographiques en France d'ici 2050. La situation et les évolutions françaises sont replacées dans un cadre plus général au moyen de comparaisons internationales et européennes. Le document se compose de cinq parties abordant chacune un thème de la démographie. La première porte sur la croissance de la population mondiale, européenne et française. La deuxième traite des spécificités de la démographie française au sein de l'Union européenne. La troisième examine l'évolution des naissances et de la fécondité en France. La quatrième s'interroge sur les perspectives d'allongement de la vie et le vieillissement démographique. Enfin, la cinquième porte sur les migrations et étudie leur contribution à la population française hier, aujourd'hui et demain.

(2019). Ageing Europe. Looking at the lives of older people in the EU. 2019 edition. Statistical books. Luxembourg Publications Office of the European Union

<https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-statistical-books/-/KS-02-19-681>

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

Athari, E., Papon S., Robert-Bobée, I. (2019). Quarante ans d'évolution de la démographie française : le vieillissement de la population s'accélère avec l'avancée en âge des baby-boomers. In : France, portrait social. Edition 2019. Paris : Insee : 11-26

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238437?sommaire=4238781>

Blanpain, N. (2018). De 2,8 millions de seniors en 1870 en France à 21,9 millions en 2070 ? In : France, portrait social. Edition 2019. Paris : Insee : 11-24

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

Phénomène mondial, le vieillissement des populations touche aussi bien des pays développés comme le Japon que des pays émergents comme la Chine. En Europe, il a d'abord concerné les pays du Nord avant de s'étendre à ceux du Sud. Cette augmentation de la part de personnes âgées dans la population européenne (13,7 % des personnes avaient 65 ans et plus en 1990, 19,2 % en 2016 dans l'UE 28) est la dernière conséquence de la transition démographique, qui se traduit par la baisse de la

fécondité et l'augmentation de l'espérance de vie. La population française vieillit elle aussi, mais à un rythme légèrement moins rapide. La part des personnes âgées de 65 ans ou plus y est passée de 13,9 % en 1990 à 18,8 % en 2016. Ce vieillissement affecte toutefois différemment les territoires français. Les territoires peu denses accueillent une forte proportion de populations âgées mais ne vieilliront plus. L'enjeu principal sera le problème de l'isolement. Le périurbain des années 1970 est jeune et va connaître au moins ponctuellement un vieillissement marqué. Un des enjeux majeurs y sera l'accessibilité aux services. Enfin, le littoral méditerranéen cumule les trois facteurs à considérer : une population déjà vieille, une population qui va continuer à vieillir et, du fait d'un territoire attractif, une forte augmentation du nombre de personnes âgées. L'enjeu sera d'adapter les capacités des structures de prise en charge de la perte d'autonomie pour qu'elles accompagnent cette importante augmentation.

Blanpain, N. et Buisson, G. (2016). "Projections de population à l'horizon 2070. Deux fois plus de personnes de 75 ans ou plus qu'en 2013." *Insee Première*(1619)

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228>

Si les tendances démographiques récentes se poursuivaient, la France compterait 76,5 millions d'habitants au 1er janvier 2070. Par rapport à 2013, la population augmenterait donc de 10,7 millions d'habitants, essentiellement des personnes de 65 ans ou plus (+ 10,4 millions). En particulier, la population âgée de 75 ans ou plus serait deux fois plus nombreuse en 2070 qu'en 2013 (+ 7,8 millions). Jusqu'en 2040, la proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus progressera fortement, quelles que soient les hypothèses retenues sur l'évolution de la fécondité, des migrations ou de l'espérance de vie : à cette date, environ un habitant sur quatre aura 65 ans ou plus (contre 18 % en 2013). Cette forte hausse correspond à l'arrivée dans cette classe d'âge de toutes les générations du baby-boom. L'évolution serait ensuite plus modérée : selon les hypothèses, 25 % à 34 % de la population dépasserait cet âge en 2070. Le nombre d'habitants à l'horizon 2070 dépend des hypothèses, surtout celles retenues sur la fécondité et les migrations. En revanche, la structure de la population par âge à cette date dépend peu des hypothèses. En 2070, la France compterait plus d'une personne âgée de 65 ans ou plus pour deux personnes âgées de 20 à 64 ans.

Etat de santé et prévention

1-TRAVAUX DES CHERCHEURS DE L' IRDES

Penneau, A., Pichetti, S. et Perronnin, M. (2026). "Les prescriptions potentiellement inappropriées de benzodiazépines chez les seniors restent élevées." Questions d'économie de la santé (Irdes)(304)

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/304-les-prescriptions-potentiellement-inappropriees-de-benzodiazepines-chez-les-seniors-restent-elevees.pdf>

Pour les personnes âgées, l'usage prolongé des benzodiazépines, couramment prescrites en tant qu'hypnotiques ou anxiolytiques, est associé à une augmentation des effets indésirables, tels que les troubles de la mémoire et les chutes. Le niveau de prescription de benzodiazépines en France reste particulièrement élevé, malgré une tendance à la baisse commune à l'ensemble des pays de l'OCDE : en 2012, 28 % des Français âgés de 65 ans et plus reçoivent une prescription de benzodiazépines, et 17 % une prescription potentiellement inappropriée ; en 2022, ces taux baissent pour atteindre respectivement 23 % et 13 %. Chez les personnes atteintes de pathologies psychiques ou neurovégétatives, les taux, parmi les plus élevés, sont restés stables durant cette période. Ces niveaux de prescriptions potentiellement inappropriées sont davantage observés chez les patients des médecins hommes plus âgés, et sont plus élevés dans certains territoires, notamment en Bretagne, dans le Nord, en Champagne-Ardenne, dans le Limousin et en Gironde. Ces disparités territoriales sont associées à des différences de niveaux socio-économiques des populations, mais également d'accessibilité à l'offre médicale, notamment aux médecins généralistes : plus l'offre est importante, plus le niveau de prescription est élevé. Afin d'améliorer le respect des recommandations nationales de bonnes pratiques, il semble nécessaire de mieux informer l'ensemble de la population sur la nocivité de ces traitements, et aussi de développer des alternatives non médicamenteuses pour traiter les troubles anxieux et du sommeil, notamment auprès des populations atteintes de maladies neurodégénératives et de troubles psychiques.

Penneau, A. et Perronnin, M. (2025). "Prescriptions potentiellement inappropriées de benzodiazépines : quel impact des Ehpad ?" Questions d'économie de la santé (irdes)(300)

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/300-prescriptions-potentiellement-inappropriees-de-benzodiazepines-quel-impact-des-ehpad.pdf>

Les benzodiazépines sont les médicaments anxiolytiques et hypnotiques les plus consommés en France. Leur utilisation prolongée est associée à une diminution de leurs effets (tolérance), à un risque de dépendance et à une augmentation des effets indésirables, tels que les troubles de la mémoire et les chutes. Les prescriptions potentiellement inappropriées de benzodiazépines sont très fréquentes chez les personnes âgées de plus de 65 ans, notamment parmi les résidents d'Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Si ce phénomène peut s'expliquer par de nombreux facteurs indépendants de l'établissement, cette étude propose d'analyser le rôle propre de l'entrée en Ehpad sur ces prescriptions inappropriées. Les résultats montrent une augmentation de 10 points des prescriptions potentiellement inappropriées de benzodiazépines après l'entrée en Ehpad. Ces prescriptions sont souvent initiées durant les deux premiers trimestres suivant l'entrée en Ehpad pour les résidents n'ayant jamais consommé de benzodiazépines auparavant, et sont rarement interrompues par la suite. De même, il y a peu de déprescription pour les personnes qui sont entrées en établissement avec une prescription potentiellement inappropriée de benzodiazépines. Par ailleurs,

les établissements qui disposent d'une proportion plus élevée d'infirmiers ou qui sont rattachés à un hôpital public présentent une hausse des prescriptions moins importante au moment de l'entrée en Ehpad. Ces résultats suggèrent qu'une réévaluation des traitements médicamenteux dans les deux trimestres après l'admission, un renforcement de l'expertise médicale dans les Ehpad, et un investissement dans le développement d'alternatives non médicamenteuses pour traiter l'anxiété et l'insomnie pourraient améliorer la qualité des prescriptions pour les résidents.

Espagnacq, M. et Regaert, C. (2024). "Près de 7 % de la population a des limitations dans la vie quotidienne à la suite d'un trouble psychique, intellectuel ou cognitif." Questions d'économie de la santé (Irdes)(294)

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/294-pres-de-7-pour-cent-de-la-population-a-des-limitations-dans-la-vie-quotidienne-a-la-suite-d-un-trouble-psychique-intellectuel-ou-cognitif.pdf>

Le repérage des personnes avec des limitations psychiques, intellectuelles ou cognitives (Pic), présenté ici, est le résultat d'un indicateur construit à partir d'un algorithme issu des données de consommation de soins du Système national des données de santé (SNDS). Les troubles psychiques sont définis comme des difficultés psycho-sociales avec des manifestations d'ordre émotionnel, relationnel et comportemental. Ils peuvent affecter la vie sociale et professionnelle. Les troubles intellectuels résultent d'une capacité réduite d'apprentissage, de compréhension et d'application de nouvelles compétences, qui conduit à un fonctionnement altéré des fonctions cognitives. Les troubles cognitifs se caractérisent par des facultés moindres dans un ou plusieurs domaines de la cognition. L'algorithme ne permet pas de distinguer les troubles intellectuels des troubles cognitifs. En 2019, l'algorithme repère 4,5 millions de personnes ayant des troubles psychiques, intellectuels ou cognitifs conduisant à des limitations dans les activités de la vie quotidienne, soit 6,6 % de la population identifiée dans le SNDS. Cette population est en moyenne âgée de 55 ans, avec une grande différence selon le genre : un âge moyen de 59,6 ans pour les femmes et 49,8 ans pour les hommes. La majorité d'entre elles a des limitations à la suite d'un trouble psychique seul (2,8 millions) ou à la suite de troubles psychiques accompagnés de troubles intellectuels ou cognitifs (1,3 million), et seulement 266 000 du fait de troubles intellectuels ou cognitifs sans troubles psychiques associés. Au niveau géographique, les taux standardisés de limitations varient peu, de 4,9 % en Haute-Savoie à 8,3 % dans la Creuse. Mais même si la majorité des départements ont des taux similaires, le centre de la France et la Corse enregistrent les plus forts taux, tandis qu'ils sont plus faibles dans l'ouest de l'Île-de-France, le Doubs et la Haute-Savoie. Cette cartographie inédite peut être un appui utile au service des politiques de santé et d'autonomie dédiées aux personnes atteintes de ces troubles.

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

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

Les actes de ce séminaire rassemblent une vingtaine d'interventions qui présentent les avancées récentes de la recherche pluridisciplinaire et des pratiques dans le domaine de la prévention de la perte d'autonomie. La France a connu un engouement récent pour les stratégies prenant en compte la fragilité. Alors que les critères de maladies chroniques et de limitations fonctionnelles sont souvent relativement tardifs pour l'action, la fragilité permettrait d'intervenir suffisamment en amont chez les personnes âgées pour éviter l'incapacité, en retarder la survenue ou en diminuer les conséquences

néfastes. Pourtant, les approches de la fragilité ne sont pas consensuelles. Les travaux récents en sciences humaines et sociales déplacent le débat ayant cours au sein de la géronto-gériatrie vers la prise en compte des situations de vulnérabilité des personnes âgées dans leur ensemble. Ce faisant, la compréhension de la fragilité s'élargit aux aspects économiques et sociaux mobilisant de nouveaux concepts et outils méthodologiques. Par ailleurs, les actions de prévention dépassent désormais le cadre clinique et s'inscrivent dans le champ des interventions socio-économiques des organismes de protection sociale. Quels sont les accords et désaccords de ces approches ? Où fixer les limites du concept par rapport aux dimensions cognitive, sociale et économique ? De quelles données dispose-t-on ? Qui sont ces « fragiles » ? Quelles actions sont menées et pour quel rapport coût/efficacité ? Quelles stratégies par rapport aux politiques sanitaires et sociales existantes ? En somme, quels constats et quelles perspectives pour la recherche et la décision publique.

Or, Z., et al. (2015). Atlas des territoires pilotes Paerpa - Situation 2012, Paris : Irdes

<https://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/001-atlas-des-territoires-pilotes-paerpa-parcours-sante-des-aines.pdf>

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

Sirven, N., et al. (2015). Social Participation and Health: A Cross-Country Investigation among Older Europeans. In: Social capital as a health resource in later life: the relevance of context. Berlin: Springer **177-190**.

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

2. ÉTUDES FRANÇAISES

Santé Publique France (2026) ; Prévalence de la fragilité en France. Année 2022 et évolution depuis 2013. Saint Maurice : Santé Publique France

<https://www.santepubliquefrance.fr/la-sante-a-tout-age/la-sante-a-tout-age/bien-vieillir/documents/bulletin-national/prevalence-de-la-fragilite-en-france.-annee-2022-et-evolution-depuis-2013>

Santé publique France publie les résultats de la surveillance de la fragilité, initiée à travers l'élaboration d'un algorithme de repérage dans les données médico-administratives du Système National des Données de Santé (SNDS). La fragilité est un état gériatrique de vulnérabilité accrue, caractérisée par une diminution des réserves physiologiques, compromettant la capacité à faire face aux facteurs de stress quotidiens ou aigus. Ce bulletin décrit la prévalence de la fragilité en France hexagonale chez les 55 ans et plus et ses disparités territoriales à l'échelle départementale en 2022, ainsi que son évolution entre 2013 et 2022

(2025). "Santé mentale de la personne âgée : Vers un modèle plus préventif et inclusif". Paris, C.V.S.

<https://vulnerabilites-societe.fr/sante-mentale-de-la-personne-agee>

La santé mentale, déclarée Grande Cause Nationale en octobre 2024, renouvelée en 2026, a fait l'objet en juin 2025 d'un plan gouvernemental centré sur la psychiatrie et la jeunesse. Les personnes âgées de plus de 65 ans représentant, pourtant plus de 21,8% de la population et près de 25% dès 2030 (et 30% à l'horizon 2050), y sont les grandes absentes. C'est un angle mort inquiétant : l'allongement de la vie est un succès collectif, mais il s'accompagne d'une fragilisation psychique et relationnelle silencieuse, souvent mal repérée, parfois confondue avec le « cours normal » du vieillissement. Sa non prise en compte peut à ce titre engendrer trois fractures explosives : une fracture humaine, quand les existences se replient ou s'effondrent ; une fracture sociale, quand les familles et les quartiers se désagrègent ; une fracture économique, quand la perte d'autonomie psychique entraîne désorganisation.

Ankri, J. (2025). "Enjeux de santé publique du vieillissement de la population : les nonagénaires." Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine **209**(7): 991-1001.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001407925002055>

Résumé Les nonagénaires vont voir un fort accroissement de leur nombre sans que notre société se soit préparée à cette progression. La littérature sur le sujet est éparse et les données souvent insuffisantes. Avec la compression de la morbidité aux âges les plus avancés de la vie nous allons être confrontés à de nombreux problèmes de prise en charge, à des problèmes socio-économiques et éthiques. Il est essentiel que la recherche se développe depuis la génétique jusqu'aux sciences humaines et sociales en passant par la clinique et l'épidémiologie. Cette population est laissée pour compte dans la recherche thérapeutique et l'évaluation des médicaments. Tous ces travaux sont nécessaires pour répondre le mieux possible à ces défis de santé publique que nous lancent les nonagénaires. Toutes nos actions ne peuvent pas s'exclure de la dimension environnementale (de l'habitat, de la cité mais aussi de la pollution et du climat) ni de la réflexion éthique d'autant que cette population aborde sa dernière décennie.

Commission des comptes de la sécurité sociale (2025). "La prévention de la perte d'autonomie chez les personnes âgées" In : [Les comptes de la Sécurité sociale : Résultats 2024 • Prévisions 2025 et 2026] Paris, C.C.S.S.

La France traverse actuellement une transition démographique majeure, marquée par le vieillissement des générations nées après la seconde guerre mondiale et par l'allongement de l'espérance de vie.

Dans ce contexte, l'anticipation et la prévention de la perte d'autonomie deviennent des priorités pour permettre un vieillissement dans les meilleures conditions possibles, notamment à domicile lorsque cela est souhaité. La perte d'autonomie se définit par une diminution des capacités physiques, cognitives ou sociales d'une personne, réduisant sa capacité à accomplir seule les actes de la vie quotidienne tels que se déplacer, se nourrir, s'habiller ou encore s'orienter. Au cours des dix dernières années, des dispositifs d'accompagnement ciblés et diversifiés ont été mis en place afin de prévenir cette perte d'autonomie : aménagement du logement, aide dans les actes de la vie quotidienne, soins médicaux, développement du lien social, etc. En 2023, les financements publics qui y sont consacrés seraient de l'ordre de 1,6 Md€. Néanmoins, il s'agit d'un champ partiel, les dépenses d'action sociale extralégales des collectivités territoriales, majoritairement mises en œuvre par les départements et les communes, ne pouvant être précisément retracées.

Dufeutrelle, J., Pucher, O. et Louvel, A. (2025). "700 000 seniors en perte d'autonomie supplémentaires d'ici 2050." Insee première(2078)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/700-000-seniors-en-perte-dautonomie-supplementaires-dici-2050>

En 2021, parmi les 18 millions de personnes de 60 ans ou plus vivant en France, plus de 2 millions sont en perte d'autonomie, dont un tiers en perte d'autonomie sévère. Dans une trajectoire démographique et sanitaire médiane, le nombre de seniors en perte d'autonomie augmenterait jusqu'aux années 2050 pour approcher 2,8 millions. C'est la conséquence directe du vieillissement de la population – les seniors devenant à la fois plus nombreux et en moyenne plus âgés – atténuée par l'amélioration de l'état de santé à âge donné. Deux périodes se succéderaient jusqu'aux années 2050, avec une hausse du nombre de seniors en perte d'autonomie d'abord forte jusqu'au début des années 2030, et ralentie ensuite. Au-delà, la population des seniors en perte d'autonomie se stabiliserait et entamerait une légère décroissance à l'horizon des années 2070.

Moulin, A., Ourliac, B. et Pollak, C. (2025). "Etat de santé de la population française". In: [Traité de santé publique]. Arcueil, Jle: 201-215.

Vaux, S., Gautier, A. et Fonteneau, L. (2025). "Couverture vaccinale contre la grippe chez les personnes de 65 à 85 ans et étude des déterminants, Baromètre de Santé publique France 2021." Bulletin épidémiologique hebdomadaire(2): pp. 16-23.

https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2025/2/pdf/2025_2_1.pdf

Santé publique France estime en routine les couvertures vaccinales (CV) contre la grippe chez les personnes à risque par analyse des données de remboursement du Système national des données de santé (SNDS). Notre étude vise à estimer la CV contre la grippe en France chez les personnes âgées de 65 à 85 ans, à explorer les déterminants associés à cette vaccination et les raisons de non-vaccination contre la grippe.

Arnault, L. et Jusot, F. (2024). "La fragilité chez les 50 ans et plus en France et en Europe. Deux décennies d'évolution et d'inégalités à partir des données de l'enquête SHARE." Institut santé numérique en société(4): 21p.

<https://hal.science/hal-04701334v1>

La fragilité est un état de vulnérabilité accrue des personnes âgées, qui constitue un signal d'alerte du risque de perte d'autonomie et qui peut être freiné voire résorbé par des mesures de prévention appropriées ou une prise en charge précoce. Multidimensionnelle et multifactorielle par nature, la fragilité a donné lieu à de nombreux travaux de conceptualisation et de mesure à l'aide d'échelles et de scores spécifiques. Parmi les différentes approches existantes, le phénotype de fragilité proposé par Fried et al (2001) constitue un outil de référence par sa simplicité et son pouvoir discriminant. Il repose sur une conception de la fragilité comme dégradation de cinq attributs fonctionnels de référence (énergie, mobilité, activité physique, poids, force musculaire) facile à opérationnaliser à partir de données d'enquête adéquates. Les inégalités sociales de fragilité en termes d'éducation, de revenu ou d'emploi sont bien établies, mais leurs évolutions dans le temps ont été peu documentées. L'enquête européenne sur le vieillissement SHARE est mobilisée ici pour mesurer la fragilité au sens de Fried, à la suite des travaux pionniers de Santos-Eggiman et al. (2009), puis analyser son évolution temporelle et ses différences structurelles, notamment sociales, en mettant à profit l'historique de 20 ans de données SHARE (2003-2023). Sur l'ensemble de la période, la fragilité au sens de Fried est rare avant 75 ans mais concerne, en moyenne, plus d'une personne sur quatre après 75 ans. Elle est systématiquement plus fréquente chez les femmes, avec un surcroît de fragilité de 4 à 7 points de pourcentage selon la période. L'analyse fait apparaître de claires inégalités sociales de fragilité, plus marquées chez les femmes. Ainsi, chez les Européennes de 75 ans et plus, ne pas avoir fait d'études au-delà du deuxième cycle ou déclarer des difficultés à équilibrer son budget sont associés à des niveaux de fragilité supérieurs de 17 points. L'ampleur des inégalités sociales s'est légèrement accrue chez les hommes et a fluctué selon la période, la catégorie d'âge ou le pays chez les femmes. Ces inégalités semblent toutefois s'accroître au-delà de 75 ans chez les femmes dans la plupart des pays d'Europe au cours des dernières années, y compris depuis la pandémie de Covid-19. Ce constat appelle à considérer la dimension d'équité sociale dans les politiques de dépistage et de prévention mises en œuvre aussi bien que dans l'accès aux dispositifs d'aide et de soins.

Cambois, E. (2024). "Quelles chances de vieillir en bonne santé ?". In: [Vieillir, et alors ? Bâtir une société de la longévité]. Joinet, H. et Laborde, C. "Paris, France", PUF: 62-65.

Picault, A.-L., Beauchamps, C., Blanc, E., et al. (2024). "Bien-vieillir : réflexions autour d'un dispositif de prévention adaptable." Gérontologie et société **46/ 174**(2): 161-174.

<https://shs.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2024-2-page-161>

La prévention est un enjeu déterminant des politiques publiques actuelles. Le dispositif sanitaire et social français, fondé sur une prise en charge réparatrice des risques sociaux, semble comporter certaines limites à la promotion des politiques publiques préventives. Les actions de promotion du « bien-vieillir » ciblent majoritairement les personnes âgées. Cependant, ces actions manquent de cohérence au vu de la littérature scientifique existante mais également au regard du décalage entre ce qui est proposé et les attentes des bénéficiaires eux-mêmes. Cet article dresse les déterminants de la prévention au « bien-vieillir » et propose une réflexion psycho-sociale ainsi que des recommandations pour les interventions futures. Les interventions associant un partenariat, une co-construction, une communication engageante et une approche centrée sur les besoins des individus seraient les plus efficaces ; notamment, parce qu'elles incluent les aspects motivationnels des individus, la participation de bénévoles, des professionnels en santé et des acteurs locaux. Parallèlement, un objectif global serait de déstigmatiser les pratiques ne relevant pas du « bien-vieillir » afin de promouvoir une approche plus compréhensive des pratiques individuelles.

Scemama, A., Mick, G. et Druel, V. (2024). "Parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique". Saint-Denis La Plaine, Has

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3218057/fr/parcours-de-sante-d-une-personne-presentant-une-douleur-chronique

La HAS, en partenariat avec le Collège de la Médecine Générale et la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur, propose un nouveau parcours de santé ville-hôpital potentiellement capable de fournir des soins et un accompagnement de qualité aux 20 millions de personnes souffrant de douleur chronique en France. Le parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique est gradué selon trois niveaux capables de fournir à la personne, à tous les niveaux, des soins et un accompagnement pluriprofessionnel et pluridisciplinaire. Ce parcours a été décliné pour 4 types de population : adultes, enfants et adolescents, personnes atteintes d'un cancer, personnes vulnérables (personnes vivant en institution, personnes âgées fragiles, personnes en situation de handicap et personnes en situation de précarité).

Cambois, E. (2024). Quelles chances de vieillir en bonne santé ? In : Vieillir, et alors ? Bâtir une société de la longévité. H. Joinet and C. Laborde]. "Paris, PUF: 62-65.

(2024). "Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie. Synthèse des rapports d'activité 2022". Paris, C.N.S.A.

https://www.cnsa.fr/documentation/pub-ra_cfppa_2022.pdf

Cette synthèse pour l'année 2022 relève un effort global de prévention en progression de 14% par rapport à 2021 (+32 M€). Il s'élève à plus de 260 M€ au niveau national, dont 152 M€ sont issus des deux concours "Forfait autonomie" et "Autres actions de prévention", octroyés par la CNSA aux départements. Parmi l'ensemble des départements bénéficiaires de financements d'actions collectives de prévention, une petite dizaine en consomme presque 50%. Au niveau national, les dépenses de prévention représentent environ 8 € par personne de 60 ans et plus, avec toutefois une forte disparité territoriale et une variation de 4,4 à 80 €.

Cour des comptes(2024). "La protection de la santé des personnes vulnérables face aux vagues de chaleur". Paris, Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/fr/documents/68857>

En 2003, une vague de chaleur a provoqué près de 15 000 décès en excès en France¹⁶¹, surtout chez les personnes âgées vivant seules à domicile et dans les établissements sociaux et médico-sociaux. Des mesures ont, depuis, été adoptées, parmi lesquelles l'institution de plans canicule, le déclenchement d'alertes météo spécifiques, l'obligation pour les communes de tenir des listes des personnes âgées et isolées et l'installation de salles rafraîchies dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Malgré cela, le nombre de décès enregistrés pendant les vagues de chaleur des étés 2020 et 2022 en France (respectivement près de 2 000 et 2 800 décès en excès) a montré que le risque sanitaire est toujours insuffisamment maîtrisé. Aussi la Cour des comptes a-t-elle examiné les conséquences des vagues de chaleur sur la santé, particulièrement celle des plus vulnérables : personnes âgées à domicile, en établissement, femmes enceintes, jeunes enfants, personnes souffrant de maladies chroniques, personnes en situation de handicap et personnes sans abri. Elle n'a pas pris en compte la situation des personnes exposées à raison de leur activité

professionnelle ou de leur activité physique, ni la situation des détenus. L'impact sanitaire des vagues de chaleur est trop souvent mesuré via les seules données de mortalité, et trop peu sous l'angle de leurs conséquences sur la santé. Des mesures vigoureuses doivent être prises pour préserver la santé des personnes vulnérables, en l'absence desquelles plus de 68 000 décès en excès pourraient être observés chaque été en Europe d'ici 2030162.

Culioli, P., Jacquetin, F. et Louvel, A. (2024). "Les besoins en personnel accompagnant des personnes âgées en perte d'autonomie." Dossiers de la Drees (les)(123)

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/les-dossiers-de-la-drees/241003_DD_besoins-personnel-accompagnant

Avec le vieillissement de la population française (en 2030, 20,6 millions de seniors de 60 ans ou plus vivront en France, soit 1,9 million de plus qu'en 2023, dont un accroissement de 1,7 million de seniors de 75 ans et plus), l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie exigera des besoins en personnel importants et différenciés, selon que les seniors continueront de vivre à domicile (la plupart) ou seront hébergés dans un établissement d'accueil pour personnes âgées en perte d'autonomie. Dans cette étude, on estime le besoin actuel en personnel pour ces deux modes d'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie en exploitant, à domicile, les données des Conseils départementaux sur les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), et en établissement, les réponses à l'enquête de la DREES auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA).

Louvel, A. et Monirijavid, S. (2024). "Perte d'autonomie à domicile : les seniors moins souvent concernés en 2022 qu'en 2015 - Premiers résultats de l'enquête Autonomie 2022." Etudes et résultats (Drees)(1318)

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/241114_ER_perte-autonomie-seniors

En 2022, en France métropolitaine, parmi les 18 millions de personnes qui ont 60 ans ou plus, 16,7 millions vivent à leur domicile. L'enquête Autonomie Ménages réalisée par la DREES permet de mieux connaître leur état de santé et les difficultés qu'elles rencontrent au quotidien. Ainsi, en 2022, 3 % à 8 % des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à leur domicile sont en perte d'autonomie au sens du groupe iso-ressources (GIR), selon que l'on en retienne une définition restreinte ou large, soit de 500 000 à 1,3 million d'individus concernés. D'autres mesures, établies sur une liste d'activités plus restreinte que celle du GIR, évaluent la part de personnes âgées en perte d'autonomie sévère à 2 % (indicateur de Katz) et à 1 % (indicateur de Colvez). Au sein de la population des 60 ans ou plus vivant à domicile, 41 % des personnes sont confrontées à des limitations fonctionnelles sévères (problèmes de vue ou d'audition malgré une correction, difficultés pour monter un escalier, trous de mémoire fréquents, difficultés à se faire comprendre des autres, etc.) et 26 %, à des restrictions importantes dans leurs activités quotidiennes en raison d'un problème de santé. Les femmes sont plus touchées que les hommes. Fait notable, les seniors vivant à domicile sont moins souvent en perte d'autonomie qu'en 2015, alors même qu'en parallèle la proportion de personnes âgées accueillies en établissement a elle aussi baissé. Dans un contexte de quasi-stagnation de l'espérance de vie à 60 ans entre 2015 et 2022, l'espérance de vie sans perte d'autonomie a donc augmenté sur la même période, de 0,8 an pour les femmes et de 0,5 an pour les hommes.

(2023). "Santé des personnes âgées." Epitome(6)

https://www.fnors.org/wp-content/uploads/2023/12/Epitome6_Sante-des-personnes-agees_Decembre-2023_VF-2.pdf

Ce numéro est consacré à la santé des personnes âgées. Les problématiques concernant cette population sont multiples : accroissement important de sa part dans la population générale, prévalence croissante des maladies chroniques liées à l'âge, limitations fonctionnelles nécessitant le développement d'offres d'accompagnement adaptées, spécificités des difficultés d'accès aux soins des personnes âgées, inégalités d'offres entre les territoires.

(2022). "La prévention des cancers pour les personnes handicapées vieillissantes en structures médico-sociales et à domicile : promouvoir et accompagner le dépistage". Paris, A.N.C.R.E.A.I.

L'objectif général de cette recherche appliquée menée par l'Ancreai, le Creai Nouvelle-Aquitaine, le Creai Centre-Val-de-Loire, le Creai Ile-de-France, le Creai-ORS Occitanie et le CRDC de Nouvelle-Aquitaine (Centre régional de Coordination du dépistage des cancers) a été de connaître le niveau de participation des personnes handicapées, âgées de 50 à 74 ans, aux dépistages organisés des cancers du sein, colorectal et du col de l'utérus ; d'identifier et de comprendre les freins existants à la participation ; et d'identifier les stratégies et les leviers pour en faciliter l'accès afin d'être en mesure de proposer des adaptations en termes de pratiques professionnelles d'accompagnement en amont et en aval du dépistage.

Bussiere, C., Sirven, N. et Tessier, P. (2022). ""Quand on vieillit, l'important c'est (de moins en moins) la santé". Paris, C.E.S. (Collège des Economistes de la Santé)

<https://www.ces-asso.org/quand-on-vieilli-limportant-cest-de-moins-en-moins-la-sante>

Les économistes étudient traditionnellement les choix individuels (choix de biens de consommation, de date départ à la retraite) ou les préférences déclarées (comme ce qu'une personne se dit prête à payer pour vivre dans un environnement plus sain) pour évaluer les conditions de vie des personnes et les moyens de les promouvoir. Les deux dernières décennies ont marqué l'avènement d'une économie dite du bonheur qui s'intéresse quant à elle aux évaluations directes de leur vie par les personnes. Ces évaluations sont regroupées sous l'expression de mesures du bien-être subjectif ou du bonheur. Elles comprennent des mesures de satisfaction liée à la vie ou à un domaine spécifique (satisfaction liée à la santé par exemple), et des mesures affectives, représentant l'intensité ou la fréquence d'émotions et d'humeurs positives (se sentir heureux, énergique...) et négatives (être triste, anxieux...). S'y ajoutent des mesures du bien-être « psychologique », qui évaluent l'épanouissement personnel à travers la satisfaction de certains besoins tels l'autonomie et l'atteinte de ses objectifs par exemple. L'étude de l'évolution de ces mesures permet d'évaluer l'impact subjectif – c'est-à-dire tenant compte de ce qui est important dans la vie aux yeux des personnes concernées elles-mêmes – de certains événements ou choix politiques ; la pandémie de la Covid-19 et les mesures de confinement en sont des exemples récents. Les travaux de l'économie du bonheur ont conduit à la mise en évidence de quelques paradoxes comme celui de la courbe en U. Il s'agit d'un schéma souvent observé d'évolution du bien-être subjectif avec l'âge : celui-ci diminue progressivement à l'âge adulte jusqu'à atteindre un minimum autour de 50-55 ans, puis croît de nouveau continuellement passé cet âge. Cette dernière évolution est jugée paradoxale – tout au moins sur le long terme – dans le sens où de nombreux résultats montrent que la santé est un des principaux déterminants du bien-être subjectif et que les ennuis de santé deviennent plus fréquents et la prévalence des maladies chroniques augmente avec l'avancée en âge. Un autre paradoxe provient d'un phénomène d'adaptation constaté face à certaines maladies chroniques : le bien-être diminue après l'annonce de la maladie puis se met ensuite à croître au fil du temps, même lorsque la santé des personnes se détériore.

Carcaillon-Bentata, L., Ha, C., Delmas, M. C., et al. (2022). "Enjeux sanitaires de l'avancée en âge : épidémiologie des maladies chroniques liées à la perte d'autonomie et déterminants de ces maladies à mi-vie". Saint-Denis La Plaine, Has

<https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/488804/3693208>

Face au vieillissement de la population, des politiques de prévention efficaces de la perte d'autonomie deviennent un enjeu prioritaire des années à venir. De nombreuses études au niveau international soulignent l'association entre l'adoption de comportements de santé favorables à mi-vie (40-64 ans) et le vieillissement en santé. Des consensus d'experts plaident pour la mise en place d'actions de prévention plus précoces dès 40 ans, que ce soit pour prévenir les démences ou pour retarder l'apparition des maladies chroniques entraînant une perte d'autonomie à l'âge avancé. Dans ce contexte, Santé publique France a fait le choix de mettre en place un nouveau programme intitulé "Avancer en âge en santé" dans lequel la surveillance des pathologies et des déterminants de santé intégrera les différentes dimensions de la santé (physique, psychique et fonctionnelle) et qui privilégiera l'action de prévention-promotion de la santé à mi-vie. Dans ce rapport, après un rappel des enjeux sanitaires liés à l'avancée en âge (augmentation du fardeau des maladies chroniques), nous faisons un point épidémiologique sur les différentes pathologies chroniques liées à la perte d'autonomie au cours du vieillissement, que nous complétons par une description des principaux facteurs de risque de ces pathologies, déjà fréquents dès la mi-vie. Si la dynamique temporelle des différentes pathologies décrites dans ce rapport (maladies cardiovasculaire, diabète, maladies respiratoires chroniques, démences...) sont hétérogènes, le vieillissement de la population contribuera en soi à une augmentation de la prévalence de toutes ces pathologies. L'état des lieux de la santé de la population française entre 40 et 64 ans pointe quant à lui de nombreux indicateurs préoccupants, liés à la survenue d'incapacités à un âge plus avancé. Ceci est particulièrement marqué chez les personnes d'un plus faible niveau socioéconomique. Les résultats des études d'observation montrent l'effet bénéfique de l'accumulation de comportements de santé protecteur sur le vieillissement - et la situation française dans ce domaine - quant à la prévalence des facteurs de risque modifiables. Ils incitent fortement à la mise en place d'actions globales de prévention multi-déterminants dès la mi-vie, actions qui doivent pour certaines se poursuivre tout au long de la vie.

Sizaret, A. (2022). "Santé mentale et vieillissement : dossier documentaire". Besançon, I.R.E.S.P. de Franche-Comté

https://ireps-bfc.org/sites/ireps-bfc.org/files/20221116_personnes_agees_et_sante_mentale_asiz.pdf

Ce dossier documentaire présente une sélection de références importantes autour de la thématique de la Santé mentale et du vieillissement. Il est structuré en 5 rubriques : Définitions, le vieillissement et la santé, la problématique de la santé mentale, la mise en œuvre d'actions en promotion de la santé et des ressources internet complémentaires.

Cour des comptes (2021). "La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées". Paris, Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-prevention-de-la-perte-dautonomie-des-personnes-agees>

Malgré une production abondante de travaux parlementaires, de recherche et de rapports administratifs publiés au cours de cette dernière décennie, la prévention de la perte d'autonomie occupe toujours une place marginale dans les politiques publiques. Alors que les constats et les actions pour mener une prévention efficace font largement consensus, la Cour a cherché à identifier les points de blocage, et à suggérer des leviers de progrès opérationnels qui permettraient d'améliorer la vie

d'un quart de la population française – près d'un tiers demain. L'enquête publiée ce jour se situe en amont de la perte d'autonomie, sur le terrain de la prévention, et formule six recommandations.

Guets, W. (2021). "Does the formal home care provided to old-adults persons affect utilisation of support services by informal carers? An analysis of the French CARE and the U.S. NHATS/NSOC surveys". Ecully, C.N.R.S. UMR 5824

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:hal:wpaper:halshs-03115306&r=age>

The role of informal carers in long-term care sheds light on the struggle related to population ageing and the increasing incidence of chronic disease. However, despite the increasing number of informal carers, most of them experienced the burden of caregiving. Since various policies have been implemented across countries to support informal carers, their attitude toward support services should be addressed. This research consisted of investigating how formal home care affected the utilisation of support services by informal carers. Data used stemmed from the 2015 Survey Capacité Aide et Ressources des Seniors ("CARE ménage") collected in France; and the National Health and Aging Trends Survey (NHATS) with the National Survey of Caregiving (NSOC) in the United States of America (U.S.). Andersen's health behavioural model of support services utilisation provided a conceptual framework for investigating predisposing, enabling, and need variables associated with informal carers services use. We used a probit model for econometrics modelling. We also checked for the endogeneity of formal care. A sample of N = 4,866 in France and N = 1,060 in the U.S. informal carers and care recipients' dyads were used in the study. In France, the care recipients' formal care utilisation does not influence the carer support service use. Comparatively, in the United States, formal care significantly increases the respite services utilisation by informal carers. This study provides important implications for Long-Term Care (TLC) dedicated to health policy, for an optimal trade-off between informal and formal care use, bearing in mind health system specificities. First, countries may spend more funds in innovative support programs in access to care, because some carers may have difficulties in accessing and using support services. Secondly, to provide and foster information campaigns to raise awareness concerning the utilisation of various existing health services, to improve social welfare.

Cambois, E. (2019). "Différences de genre face au vieillissement en bonne santé : une imbrication des dynamiques démographiques, des parcours de vie et des politiques publiques." Questions De Santé Publique(36)

<https://iresp.net/ressources/gsp/>

Avec l'allongement de l'espérance de vie, la population âgée s'est densifiée. L'augmentation du nombre de personnes âgées constitue un enjeu de santé publique important, alors que les risques pour la santé s'accroissent avec l'âge. L'enjeu est aussi important parce que les situations de santé de cette population ont beaucoup évolué au cours du temps ; et avec elles les besoins en matière de soins et de prise en charge. En effet, la population âgée s'est diversifiée sous l'effet des dynamiques démographiques et de l'évolution des parcours de vie au fil des générations (études, carrière, famille...). Les problèmes de santé des personnes âgées d'aujourd'hui résultent des facteurs de risques auxquels elles ont été exposées durant ces parcours renouvelés. À cet égard, les différences de santé entre femmes et hommes méritent une attention particulière : les femmes vivent plus longtemps que les hommes, mais leurs années de vie supplémentaires sont majoritairement vécues en mauvaise santé. Femmes et hommes se distinguent par les maladies déclarées, et se caractérisent par des parcours de vie notablement différents et en évolution. On se propose de décrire leurs situations de santé, puis la manière dont elles peuvent être reliées à leurs parcours.

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

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

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

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

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

La majorité des personnes âgées de 65 ans ou plus vivent jusqu'à un âge avancé à leur domicile. En 2015, moins de 2 % des 65-74 ans résident en institution, cette part augmentant avec l'âge pour atteindre 21 % parmi les 85 ans ou plus. Près des deux tiers des personnes résidant en institution sont ainsi âgées de 85 ans ou plus. L'entrée en institution s'explique en grande partie par la perte d'autonomie et la dégradation de l'état de santé, ne permettant plus le maintien à domicile. À domicile, l'état de santé se dégrade nettement avec l'âge. En particulier, la déclaration de restrictions d'activité sévères concerne 9 % des personnes de 65-74 ans et 39 % des 85 ans ou plus. En institution, quelle que soit la tranche d'âge, la part de la population déclarant des restrictions d'activité sévères est plus élevée et atteint en moyenne 63 %. Entre 2008 et 2015, la santé perçue des seniors résidant à domicile s'est améliorée, la part de la population déclarant un mauvais état de santé passant de 22 % à 14 % et la prévalence déclarée de restrictions d'activité sévères de 24 % à 17 %. Parallèlement, la fréquence des affections de longue durée (ALD) prises en charge par la Sécurité sociale a augmenté : 43 % des 65 ans ou plus vivant à domicile ont au moins une ALD en 2015 contre 36 % en 2008. Cela peut résulter en partie d'une évolution du dispositif administratif et des pratiques des professionnels de santé, ainsi que d'une amélioration de la prise en charge des maladies chroniques. Par ailleurs, 75 % des seniors vivant en institution sont en ALD en 2015.

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

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

Michel, M. (2018). "Perte d'autonomie des personnes âgées : étude nationale et études régionales". Paris : Insee

<https://www.insee.fr/fr/information/3562458>

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

Brunel, M. et Carrère, A. (2017). "Incapacités et perte d'autonomie des personnes âgées en France : une évolution favorable entre 2007 et 2014 - Premiers résultats de l'enquête Vie quotidienne et santé 2014." Les Dossiers de la Drees(13)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/incapacites-et-perse-dautonomie-des-personnes-agees-en-france>

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

Cazeneuve-Lacrouz, A. et Godet F. (2016). L'espérance de vie en retraite sans incapacités sévères devrait être stable pour les générations nées entre 1960 et 1990. In : France, portrait social 2016. Paris : INSEE

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2492175?sommaire=2492313>

Si la mortalité et les incapacités continuent d'évoluer selon les tendances actuelles, la génération née en 1960 peut espérer, à 50 ans, vivre en moyenne 19 années à la retraite sans incapacité sévère, c'est-à-dire sans restriction dans les activités de la vie quotidienne. Du fait de l'augmentation de la durée de

vie et du progrès médical, et malgré des départs en retraite de plus en plus tardifs jusqu'à la génération née en 1975, cet indicateur de la qualité de vie à la retraite se stabiliserait, voire s'améliorerait à partir de la génération née en 1975. Les femmes nées en 1960 passeraient six ans de plus à la retraite que les hommes de la même génération, mais seulement quatre années de plus sans incapacité. Ces deux différences devraient légèrement diminuer pour les générations suivantes. Lorsque ces durées sont rapportées à la vie entière, les femmes restent avantagées par rapport aux hommes. Les moyennes recouvrent cependant des disparités importantes : 4 % des hommes et 13 % des femmes vivraient plus de 30 ans à la retraite sans incapacité, mais 14 % des hommes et 8 % des femmes vivraient moins de cinq années dans cette même situation.

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

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er_988.pdf

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

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

<https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCAAM/2015/ANNEXE/HCAAM-2015-RAPPORT-ANNEXE-PERSONNES AGEES ETAT DE SANTE ET DEPENDANCE QUELQUES ELEMENTS STATISTIQUES.pdf>

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

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

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/en-ehpad-les-residents-les-plus-dependants-souffrent-davantage-de>

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

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

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

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

3. EN EUROPE / A L'ETRANGER

OCDE (2025). "The Economic Benefit of Promoting Healthy Ageing and Community Care". Paris OECD

https://www.oecd.org/en/publications/the-economic-benefit-of-promoting-healthy-ageing-and-community-care_0f7bc62b-en.html

Without a stronger focus on healthy ageing, population ageing will have a strong impact on health and long-term care expenditures. This report discusses how a stronger focus on preventive interventions and reablement helps promote healthy ageing. It highlights that promoting healthcare closer to people and more integrated care are cost-effective interventions for older people. Appropriate and adapted housing and sufficiently affordable home care are also necessary to ensure that people can age well at home. Yet, for some older adults, social isolation calls for innovative community solutions to be developed such as expanding day care and communal living with services.

Garcia Sanchez, P., Marchiori, L. et Pierrard, O. (2024). "On Optimal Subsidies for Prevention and Long-Term Care". Louvain-la-Neuve, L.I.D.A.M. Lidam Discussion Paper IRES 2024 / 08

<https://econpapers.repec.org/paper/ctlouvir/2024008.htm>

We propose a two-period overlapping generation economy that incorporates health investment in preventive measures during youth. These preventive measures contribute to increased longevity and reduced frailty, which influence old-age dependency and pension costs. As these costs are partly funded through pay-as-you-go social security contributions, investment in prevention creates externalities for the next generation. We analytically determine the optimal level of prevention and characterize the optimal health policy that a government should implement to achieve it. Our findings reveal that the optimal subsidy to long-term care exceeds the optimal subsidy to preventive measures. Furthermore, both subsidies are inversely related to the generosity of the public pension scheme. We explore the robustness of our results through various extensions and demonstrate their consistency with several patterns observed in cross-country OECD data

Tourigny, A., Gervais, M. j. et Maltais, M. (2024). "Créer des conditions favorables à la santé et à la qualité de vie des personnes vieillissantes : un modèle intégrateur : Mise à jour 2024 du modèle conceptuel du vieillissement en santé". Québec, I.N.S.P.Q.

<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/2024-06/3501-modele-actions-conditions-favorables-sante-personnes-vieillissantes.pdf>

Le présent rapport d'analyse rend compte des résultats la démarche de mise à jour du modèle conceptuel du vieillissement en santé (VES) initialement publié dans le document intitulé « Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel » (Cardinal et al., 2008). Le modèle actualisé s'inscrit dans la perspective de soutenir la réponse aux besoins des personnes vieillissantes et dans celle d'agir pour la population vieillissante dans toute sa diversité. Tout comme sa version précédente, ce modèle propose des pistes pour agir simultanément à l'échelle des personnes, des milieux de vie, des communautés et des environnements. Il réunit en un tout cohérent des concepts, des stratégies et des mesures pertinentes pour améliorer la santé et la qualité de vie des personnes et de la population vieillissantes.

Arsenijevic, J. et Groot, W. (2022). "Health promotion policies for elderly—Some comparisons across Germany, Italy, the Netherlands and Poland." *Health Policy*.**126**(1): 69-73

Objective The aim of this study is to compare health promotion policies (HPP) for older adults in four European countries: Germany, Italy, the Netherlands and Poland. We focus on the design, regulations and implementation of policies in these countries. **Method** As policy relevant information is mostly available in national languages we have approached experts in each country. They filled in a specially designed questionnaire on the design, regulation and implementation of health promotion policies. To analyze the data collected via questionnaires, we use framework analyses. For each subject we define several themes. **Results** Regarding regulations, Poland and Italy have a top-down regulation system for health promotion policy. Germany and Netherlands have a mixed system of regulation. Regarding the scope of the policy, in all four countries both health promotion and prevention are included. Activities include promotion of a healthy life style and social inclusion measures. In Poland and Italy the implementation plans for policy measures are not clearly defined. Clear implementation plans and budgeting are available in Germany and the Netherlands **Conclusions** In all four countries there is no document that exclusively addresses health promotion policies for older adults. We also found that HPP for older adults appears to be gradually disappearing from the national agenda in all four countries.

Atella, V., Belotti, F., Kim, D., et al. (2020). "The Future of the Elderly Population Health Status: Filling a Knowledge Gap". Rome, Centre For Economic and International Studies [CEIS Research papers 504](#)

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3753614

The ageing process in OECD countries calls for a better understanding of the future disease prevalence, life expectancy and patterns of inequalities in health outcomes. In this paper we present the results obtained from several dynamic microsimulation models of the Future Elderly Model (FEM) family for thirteen OECD countries, with the aim of reproducing for the first time comparable long-term trends in individual health status across OECD. The FEM is a multi-risk multi-morbidity dynamic microsimulation model to project health status and health demand. Given the dynamic structure of the model, we allow individual health status to evolve over time according to individual characteristics. Our model provides forecasts of the evolution of life expectancy and prevalences of major chronic conditions and disabilities, overall, by gender and by education. We find a catch-up of the considered European countries main chronic conditions prevalence with the US and a relevant and persistent educational gradient in the health status of elderly patients. Our findings represent a valid contribution to support policy makers in designing and implementing effective interventions in the healthcare sector.

Ocde (2018). "Care needed : improving the lives of people with dementia". Paris : OCDE

<https://www.oecd.org/publications/care-needed-9789264085107-en.htm>

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

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

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

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

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

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

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

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

This book examines health trajectories and health transitions at different stages of the life course, including childhood, adulthood and later life. It provides findings that assess the role of biological and social transitions on health status over time. The essays examine a wide range of health issues, including the consequences of military service on body mass index, childhood obesity and cardiovascular health, socio-economic inequalities in preventive health care use, depression and anxiety during the child rearing period, health trajectories and transitions in people with cystic fibrosis and oral health over the life course. The book addresses theoretical, empirical and methodological issues as well as examines different national contexts, which help to identify factors of vulnerability and potential resources that support resilience available for specific groups and/or populations. Health reflects the ability of individuals to adapt to their social environment. This book analyzes health as a dynamic experience. It examines how different aspects of individual health unfold over time as a result of aging but also in relation to changing socioeconomic conditions. It also offers readers potential insights into public policies that affect the health status of a population.

Protection sociale et dépenses de santé

1-ETUDES IRDES

Pichetti, S. et Raynaud, D. (2024). "Aides auditives et 100% santé : les enjeux d'une réforme très française". Podcast n° 4. Paris, Irdes.

<https://www.irdes.fr/recherche/2024/podcast-04-aides-auditives-et-100-pour-cent-sante-les-enjeux-d-une-reforme-tres-francaise.html>

Depuis le 1er janvier 2019, la réforme 100% Santé propose à toutes les personnes bénéficiant d'une complémentaire santé un plus large choix d'équipements et de soins en audiologie, optique et dentaire, qui sont pris en charge à 100%, dans l'objectif de garantir l'accès pour tous à des soins de qualité et de renforcer la prévention. En ce qui concerne l'audiologie, la réforme permet une prise en charge d'un large éventail d'aides auditives, qui repose à la fois sur le remboursement par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire, et le plafonnement des prix de vente. Quel est l'impact de la réforme du 100% Santé pour les usagers d'aides auditives, et comment se situe la France par rapport à d'autres pays européens ?

Penneau, A. et Or, Z. (2023). "Les inégalités territoriales de financement et d'accessibilité des soins médico-sociaux : quel impact sur les dépenses de santé des seniors ?" Questions d'économie de la santé (Irdes)(279)

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/279-les-inegalites-territoriales-de-financement-et-d-accessibilite-des-soins-medico-sociaux.pdf>

Le niveau d'offre et de financements médico-sociaux varie fortement en fonction de l'attractivité des territoires et des politiques locales. L'accessibilité aux soins médico-sociaux est donc inégale en fonction du lieu de résidence des seniors. Cette étude analyse ces inégalités territoriales et mesure leurs liens avec les dépenses de santé des seniors en se concentrant sur une population qui a des besoins de soins multiples, les personnes atteintes de la Maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés (Masa). En France, une personne âgée de 75 ans et plus sur quatre vit dans une zone faiblement dotée en termes d'offre médico-sociale à domicile et en établissement. Toutes choses égales par ailleurs, les dépenses d'hospitalisation des patients atteints de Masa sont plus élevées et les dépenses ambulatoires plus faibles dans les territoires moins dotés en offre médico-sociale et dans les départements dont les financements de l'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa) sont les plus limités. Ces résultats confirment que la politique médico-sociale des départements et le niveau d'accessibilité locale de l'offre médico-sociale sont des éléments déterminant la capacité des territoires à réduire les hospitalisations et favoriser une prise en charge en ville des seniors atteints de maladies neurodégénératives.

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

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

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

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

Safon, M. O. (2016). Projections des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE, Paris : Irdes

<http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/projections-des-depenses-de-sante-dans-les-pays-de-l-ocde.pdf>

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

Sirven, N. et Rapp, T. (2016). Dépenses de santé, vieillissement et fragilité : le cas français. Document de travail Irdes ; 71. Paris Irdes

<https://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/071-depenses-de-sante-vieillessement-et-fragilite-le-cas-francais.pdf>

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/216-vieillessement-fragilite-et-depenses-de-sante.pdf>

La fragilité de la personne âgée préfigure un risque d'événements péjoratifs et d'évolution vers la dépendance. L'objectif de ce travail consiste à évaluer le coût économique de la fragilité au travers du surplus de dépenses de santé ambulatoires qu'elle suscite, indépendamment des coûts induits par d'autres pathologies. Nous utilisons les données de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) de l'Irdes, appariées aux remboursements de soins déclarés par les individus. L'échantillon est représentatif de la population des 65 ans et plus vivant en ménage ordinaire en 2012. Un modèle GLM est spécifié avec une forme fonctionnelle exponentielle et une variance des estimateurs de loi Gamma. L'effet de la fragilité est estimé en tenant compte des autres mesures de santé disponibles dans l'enquête (maladies chroniques, limitations fonctionnelles, distance à la mort et un indice composite de plusieurs mesures de santé). Les résultats indiquent que le surcoût associé à la fragilité est d'environ 1 500 €, et de 750 € pour les pré-fragiles. L'introduction de la fragilité contribue à l'amélioration de l'identification des modèles de dépenses de santé quelles que soient les mesures de santé alternatives retenues. La fragilité joue le rôle d'une variable omise. En sa présence, l'âge n'a plus d'effet significativement différent de zéro dans les modèles, ce qui affaiblit l'hypothèse d'un effet du vieillissement démographique sur les dépenses de santé (résumé d'auteur).

2-ÉTUDES FRANÇAISES

Fauchon, O. et Bonnet, O. (2026). "Dérembourser des soins pour maîtriser la dépense de santé : qui paie ? : Évaluation des effets d'une hausse des tickets modérateurs, des franchises et des participations forfaitaires sur les coûts supportés par les ménages, selon le niveau de vie, l'état de santé et l'âge." Dossiers de la Drees (les)(135)

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2026-02/DD135_Mesures_d%C3%A9remboursements.pdf

Le déremboursement partiel de certains soins est une piste d'économie régulièrement évoquée pour contenir les dépenses de l'assurance maladie obligatoire. Pour un même objectif budgétaire, calibré à 1 milliard d'euros d'économie dans cette étude, plusieurs leviers peuvent être mobilisés : hausse des tickets modérateurs, des participations forfaitaires, ou des franchises. Ces mesures se traduiraient pour les ménages par une hausse de leurs restes à charge ou de leurs primes d'assurance complémentaire santé en moyenne de 35 euros par an. À partir d'un modèle de microsimulation sur la France métropolitaine, cette étude compare différents scénarios en évaluant leur impact financier sur les ménages selon leur niveau de vie, leur âge et leur état de santé.

Aubert, P. (2025). "Allocation personnalisée d'autonomie : les retraités à plus basse pension commencent à la percevoir en moyenne cinq ans plus jeunes que les plus aisés." Etudes et résultats (Drees)(1327)

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/250219_ER_allocation-personnalisee-dautonomie

En France, en moyenne, un retraité perçoit l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) pendant environ 10 % de sa durée totale de retraite, d'après les conditions de mortalité et de recours à l'APA observées en 2017. Cette part est plus élevée pour les femmes (12 %) que pour les hommes (6 %), du fait de la longévité plus grande des premières. Elle varie aussi nettement, au sein de chaque sexe, selon le montant de pension. Les retraités les plus aisés sont ainsi en moyenne un peu moins longtemps bénéficiaires de l'APA, alors que leur durée espérée de retraite est plus longue. C'est toutefois surtout pour l'APA à domicile, et notamment dans les catégories les moins dépendantes (GIR 3 ou 4), que l'écart est marqué. À l'inverse, les plus aisés passent une partie un peu plus longue de leur retraite en établissement avec un niveau de dépendance plus marqué (GIR 1 et 2), en particulier parce qu'ils ont davantage de chances d'atteindre les âges élevés, où ces situations sont plus fréquentes. Environ 7 femmes sur 10 et 4 hommes sur 10 ont recours à l'APA durant leur retraite. Les probabilités de recourir à l'APA au cours de sa retraite apparaissent, à sexe donné, assez proches quel que soit le montant de pension. L'entrée dans la prestation se fait, en revanche, à un âge d'autant plus tardif que les retraités sont aisés. Pour l'APA à domicile, par exemple, elle a lieu à 85,2 ans en moyenne parmi les retraités hommes les plus aisés, contre 77,7 ans parmi ceux à plus basse pension.

Dherbecourt, C. et Didier, M. (2025). "Les dépenses sociales ont augmenté partout en Europe entre 2007 et 2023, à quelques exceptions près." Etudes et résultats (Drees)(1357)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/251203-ER-%C3%A9volution-des-d%C3%A9penses-de-protection-sociale-en-Europe>

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) publie une étude sur l'évolution des dépenses de prestations sociales dans les pays d'Europe entre 2007 et 2023. Cette étude est élaborée à partir des données ESSPROS (système européen de statistiques intégrées sur la protection sociale) diffusées par Eurostat. Elle met en perspective la progression de la part des dépenses sociales dans le PIB en France et dans les autres pays européens sur la période, de manière

globale et plus spécifiquement sur les deux principaux risques sociaux : la vieillesse et la maladie. Le lien entre croissance économique et évolution de la part des dépenses sociale est analysé. Des indicateurs relatifs à l'évolution des conditions de vie sont mis en regard des évolutions de dépenses observées dans les différents pays, afin d'étudier leurs implications sur la lutte contre la pauvreté ou l'accès à la santé.

Le Caignec, E. (2025). "L'aide sociale aux personnes âgées ou handicapées - Perte d'autonomie et handicap Édition 2025". Paris Drees

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse-documents-de-referance/panoramas-de-la-drees/251001-Panoramas-aide-sociale-personnes-%C3%A2g%C3%A9es-ou-handicap%C3%A9es>

En France, l'aide sociale aux personnes âgées ou handicapées relève principalement des départements. Cette compétence est l'une des composantes de la protection sociale régies par le Code de l'action sociale et des familles (CASF). En 2023, les départements ont attribué 2,13 millions de prestations aux personnes âgées ou handicapées. Les dépenses brutes des départements pour ces aides atteignent ainsi 19,1 milliards d'euros sur l'ensemble de l'année 2023. Ces dépenses sont en hausse de 5,8 % par rapport à l'année 2022 en euros courants (soit +0,9 % en euros constants, i.e. en tenant compte de l'inflation).

Pierre, A., Solotareff, R. et Dauphant, F. (2025). "Réforme du 100 % santé : quels effets attendre sur les primes des contrats de complémentaire santé ?" *Etudes et résultats (Drees)*(1338)

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/250429_ER_reforme-du-100-sante

Mise en place progressivement entre 2019 et 2021, la réforme du 100 % santé offre aux personnes couvertes par un contrat de complémentaire santé responsable des paniers de biens sans reste à charge pour des prothèses dentaires, des prothèses auditives et des lunettes. Les dépenses des organismes de complémentaire santé associées aux trois postes de soins concernés par le 100 % santé ont crû de 2,2 milliards d'euros en 2021 (+30 %), en raison notamment de l'augmentation du recours en prothèses auditives et dentaires des personnes de 60 ans ou plus. La hausse de la dépense obligatoirement prise en charge par les organismes complémentaires sur les postes du 100 % santé en 2021, par rapport à 2018, croît avec l'âge des assurés. Ces hausses marquées des remboursements aux seniors au titre du 100 % santé ont cependant été en grande partie compensées sur la même période par les effets de la crise sanitaire. Elle a en effet conduit à diminuer leurs remboursements sur les autres postes de soins. Les organismes complémentaires ont par ailleurs dû s'acquitter d'une taxe exceptionnelle au titre du Covid-19. En parallèle, la prime d'assurance (aussi appelée « cotisation ») des contrats individuels a augmenté pour les assurés plus âgés (+12 % entre 2019 et 2021 pour un assuré de référence de 85 ans, +10 % à 75 ans, +7 % à 60 ans). Cette hausse est susceptible de se poursuivre, d'autant que le recours aux postes du 100 % santé et la connaissance de ce dispositif continuent de progresser.

(2024). "Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale: Autonomie. Edition 2024". Paris, Direction de la sécurité Sociale

<https://evaluation.securite-sociale.fr/home/autonomie.html>

Ce rapport, consacré aux politiques de soutien à l'autonomie, a été rénové et étoffé cette année, dans le cadre de la création de la cinquième branche de la sécurité sociale. Il comporte désormais quatre objectifs principaux, afin de donner une vision globale des financements publics et de l'offre de service

consacrés à l'autonomie, au-delà des seuls crédits gérés par la nouvelle branche : assurer un niveau de vie adapté aux personnes en perte d'autonomie ; répondre au besoin d'autonomie des personnes ; garantir une offre adaptée sur tout le territoire ; garantir la pérennité financière des actions portées sur le champ de l'autonomie.

Diallo, C. T., Morel-Jean, C. et Sarron, C. (2024). "L'aide sociale départementale : bénéficiaires, dépenses, financement, personnel – Édition 2024." *Dossiers de la Drees (les)*(124)

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/les-dossiers-de-la-drees/241106_DD_aide-sociale-departementale

Ce dossier s'appuie principalement sur les résultats de l'enquête annuelle Aide sociale de la DREES menée auprès des départements. Il s'intéresse aux tendances nationales récentes, jusqu'en 2022 ainsi qu'au cours des vingt dernières années, concernant à la fois les bénéficiaires, les personnels et les dépenses associées. Les disparités départementales en matière d'aide sociale sont également présentées.

(2023). "Perte d'autonomie des personnes âgées: quels besoins et quels coûts pour accompagner le virage domiciliaire ?". Paris, I.P.P. *Note IPP 96*

<https://www.ipp.eu/actualites/perte-dautonomie-des-personnesagees-quels-besoins-et-quels-couts-pouraccompagner-le-virage-domiciliaire>

L'allongement de la durée de vie vers des âges où la probabilité de perdre son autonomie augmente, devrait induire une progression du nombre de personnes âgées dépendantes et de bénéficiaires de l'APA dans les années à venir. Cette augmentation est estimée par la Drees à plus de 350 000 bénéficiaires de l'APA supplémentaires d'ici à 2040, soit une augmentation de 29 % par rapport à 2020. Face à ces dynamiques, se pose la question des besoins d'accompagnement que ces personnes âgées nécessiteront et du financement public à provisionner pour la prise en charge de la perte d'autonomie. Cette note propose plusieurs scénarios d'évolution des dépenses publiques de prise en charge de la perte d'autonomie et estime les effectifs d'aides professionnelles nécessaires à l'accompagnement des personnes âgées d'ici à 2040, dans trois différents lieux de vie. Ces simulations, obtenues à partir des projections issues du modèle LIVIA de la DREES, visent à apporter des éléments chiffrés aux conditions d'un «virage domiciliaire» réussi. Elles sont disponibles sur le site de l'IPP sous deux formes : une maquette de calcul et une application RShiny qui permettent de simuler les variations des dépenses et des effectifs d'aides professionnelles selon plusieurs hypothèses modifiables

Arnaud, F., Lefebvre, G., Mikou, M., et al. (2022). "Les dépenses de santé en 2021 – édition 2022 - Résultats des comptes de la santé". Paris Drees

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/CNS2022_0.pdf

Ce Panorama analyse les comptes de la santé en 2021 et replace ces résultats dans une perspective internationale. Les comptes de la santé recouvrent notamment la consommation de soins de santé en France et les financements correspondants, qu'ils relèvent de l'Assurance maladie, de l'État, des collectivités locales, des organismes complémentaires ou directement des ménages. La DREES présente pour la première fois, dans cet ouvrage, les résultats provisoires de la dépense courante de

santé au sens international (DCSi), seulement 9 mois après la fin de l'année civile. Cet agrégat est utilisé par la majeure partie des pays de l'OCDE pour analyser les dépenses de santé.

(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-veillessement-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.

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.

(2020). "L'incidence des Réformes du « 100 % santé » et de la complémentaire santé solidaire pour les personnes âgées. Avis-note et synthèse". Paris, H.C.F.E.A.

<https://hcfea.gouv.fr/conseil-de-lage-0>

La note adoptée par le Conseil de l'Age présente des incidences pour les personnes âgées des dernières réformes relatives au 100 % santé ou « Zéro reste à charge », d'une part, et d'autre part à la Complémentaire santé solidaire (qui intègre les acquis du 100 % santé pour les publics plus modestes).

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

https://www.cnsa.fr/sites/default/files/2024-05/AVIS_cnsa_20-09_prospective_chapitre_3_exe1_6sc_web-avec-compression.pdf

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.

Ferras, B. (2020). "Cinquième « risque », cinquième « branche » ? Vers une politique renouvelée 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.

Latourelle, J. et Ricoch, L. (2020). "Profils, niveaux de ressources et plans d'aide des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile en 2017". Paris, Drees

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1152.pdf>

Fin 2017, d'après les premiers résultats des remontées individuelles sur l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) réalisées par la DREES, la moitié des bénéficiaires de l'APA résidant à domicile en France sont âgés d'au moins 85 ans et 5 mois, soit un an de plus que fin 2011. Les bénéficiaires de l'APA vivent en majorité seuls, dans des proportions plus élevées que l'ensemble de la population des mêmes classes d'âge. Les personnes en couple sont en effet souvent supposées pouvoir compter sur l'aide, parfois informelle, de leur conjoint. Les plans d'aide d'APA notifiés détaillent l'ensemble des aides qui sont accordées aux personnes âgées de 60 ans ou plus. En 2017, un plan d'aide d'APA notifié sur huit est saturé, c'est-à-dire que son montant est égal ou presque au plafond maximal d'aide. Cette proportion est nettement plus faible qu'en 2011 (-9 points), en raison de la forte revalorisation des plafonds maximaux de l'APA consécutive à la loi d'adaptation de la société au vieillissement (dite « loi ASV ») de 2015. La baisse est d'autant plus marquée que le besoin d'aide à l'autonomie est important, la revalorisation du plafond ayant été plus élevée pour les GIR 1 et 2, c'est-à-dire les personnes les plus dépendantes. La proportion de plans saturés augmente avec le niveau de dépendance. Indépendamment du niveau de perte d'autonomie, les hommes ont des plans notifiés plus faibles et moins souvent saturés.

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

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

https://occitanie.mutualite.fr/content/uploads/sites/41/2018/10/MFO-MutOccitanie_octobre2018-HD_STC.pdf

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).

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

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

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

Cusset, P. Y. (2017). "Les déterminants de long terme des dépenses de santé en France". Paris, France Stratégie
<https://www.strategie-plan.gouv.fr/publications/determinants-de-long-terme-depenses-de-sante-france>

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

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

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

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

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

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

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

http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/document_9_-_personnes_agees_etat_de_sante_et_dependance_-_quelques_elements_statistiques_.pdf

Le HCAAM en 2010 et 2011 a conduit des travaux sur le vieillissement et la dépendance. Ces travaux ont permis d'établir, au vu des données disponibles, un premier diagnostic des besoins en santé des personnes âgées et des modalités de leur prise en charge, en particulier pour les personnes âgées en

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

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

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

Tenand, M. (2016). "Hausse des dépenses de santé. Quel rôle joue le vieillissement démographique ?" Médecine/Science **36**: 204-210.

<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01289489>

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

3-EN EUROPE, A L'ETRANGER

Bosson-Rieutort, D., Barbat-Artigas, S. et Duc, J. (2024). "Utilisation et coûts des soins et services de santé durant la dernière année de vie". Montréal, C.I.R.A.N.O.

<https://cirano.gc.ca/fr/sommaires/2024RP-20>

People aged 65 and over will account for one quarter of Quebec's population in 2031. This major demographic shift raises significant concerns and challenges for the organization of health care. The prevalence of multiple chronic diseases has been on the rise for several years and it increases with age. In the latter years of life, this aging population is at risk of experiencing an increase in multiple health problems, requiring increasingly complex and costly needs and care. The health and social services system will need to continually adjust its service offerings to meet these changing needs. In this study, the authors use clinical and administrative data to reconstruct the last year of care trajectories of those over 65 years of age at the time of death and then estimate the individual cost of using health and social services by age, gender, health region and cause of death. The study was conducted as part of a partnership between the École de santé publique de l'Université de Montréal (ESPUM) and the Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). Les personnes de 65 ans et plus représenteront le quart de la population québécoise en 2031. Ce changement démographique majeur soulève des inquiétudes et défis importants en ce qui concerne l'organisation des soins de santé. La prévalence de la multiplicité des maladies chroniques est en augmentation depuis plusieurs années et elle augmente avec l'âge. Durant les dernières années de vie, cette population vieillissante risque de présenter une augmentation de problèmes de santé multiples, nécessitant des besoins et recours aux soins de plus en plus complexes et coûteux. Le système de santé et de services sociaux devra alors ajuster continuellement son offre de services afin de répondre à ces besoins changeants. Dans cette étude, les auteurs utilisent des données clinico-administratives afin de reconstruire les trajectoires de recours aux soins durant la dernière année de vie des personnes qui avaient plus de 65 ans au moment du décès puis estimer le coût individuel associé à l'utilisation des services de santé et services sociaux selon l'âge, le sexe, la région sociosanitaire et la cause de décès. L'étude a été réalisée dans le cadre d'un partenariat entre l'École de santé publique de l'Université de Montréal (ESPUM) et l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS).

(2024). "Is Care Affordable for Older People?". Paris O.C.D.E.

https://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/securing-medical-supply-chains-in-a-post-pandemic-world_119c59d9-en

With population ageing, the demand for helping older people with daily activities – so-called long-term care – is set to increase across OECD countries by more than one-third by 2050. Older people with long-term care needs are more likely to be women, 80-years-old and above, live in single households, and have lower incomes than the average. Currently, across OECD countries, publicly funded long-term care systems still leave almost half of older people with care needs at risk of poverty, particularly those with severe care needs and low income. Out-of-pocket costs represent, on average, 70% of an older person's median income across the OECD. This report suggests avenues to improve funding to make long-term care systems better able to meet the demand for their services and suggests policy options to improve the targeting of benefits and seek efficiency gains to contain the costs of long-term care.

Horvath, T., Leoni, T. et Spielauer, M. (2024). "The Impact of Ageing, Inequality and the Evolution of Morbidity on Future Health Expenditure". Rochester, Social Science Electronic Publishing

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4866023

Population ageing is associated with increasing healthcare expenditure. To guide policy and the adaptation of health systems, however, a more accurate understanding of the quantitative effect of different components of ageing and other factors that influence cost dynamics is needed. This study uses dynamic microsimulation modelling to project healthcare expenditure and disentangle the impact of changes in longevity, population age-structure, healthy life years and socioeconomic health inequalities in Austria. Combining price weights for healthcare services with information on healthcare consumption from the Austrian Health Interview Survey, we calculate average cost profiles by gender, age, and education consistent with the aggregate System of Health Accounts. These cost profiles are then combined with official population projections in the microsimulation model microDEMS to project different expenditure scenarios for the Austrian population up to the year 2060. We calculate total and per-capita cost trajectories and assess their economic impact by contrasting them with two different indicators for the size of the labour force. All our scenarios indicate that demographic ageing is likely to increase future healthcare costs, even if we assume a compression of morbidity over time. Reducing socioeconomic inequalities in health can contribute significantly to mitigate the cost dynamics resulting from demographic change. In economic terms, costs per person of working age increase by between 12% and 48%, depending on the scenario. When contrasted with changes in the number of economically active people, however, the increase is around 7 to 9 percentage points lower.

Diamantopoulou, D. et al. (2023). "The future of social protection and of the welfare state in the EU". Bruxelles, Commission Européenne

<https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/842d8006-c3b3-11ed-a05c-01aa75ed71a1/language-en/format-PDF/source-283143938>

Cette étude du groupe de haut niveau sur l'avenir de la protection sociale et de l'État providence a identifié quatre tendances qui affecteront durablement la protection sociale en Europe (vieillesse, numérisation, mutations du monde du travail, changement climatique). Il analyse leur impact actuel et attendu sur les systèmes et propose 21 recommandations en vue de garantir sur le long terme « l'amélioration du contrat social pour une Europe sociale forte ». Les recommandations comme le rapport s'articulent autour d'une approche « cycle de vie » incluant des préconisations couvrant aussi bien l'accueil et les soins pour les jeunes enfants, l'accompagnement des jeunes vers des emplois stables, la participation au marché du travail et les carrières longues ainsi que les soins de longue durée. Les recommandations les plus franches concernent le financement de la protection sociale avec des propositions concernant un recours accru à la fiscalité ou encore une règle d'or qui permettrait d'exclure les investissements sociaux du Pacte de stabilité et de croissance

Le Van, A. (2023). "Economic models of care for dependent elderly people in OECD countries". Toulouse, Institut catholique – Céres

<https://ideas.repec.org/p/hal/journal/hal-04123539.html>

Dans les décennies à venir, le vieillissement des populations mettra à l'épreuve les systèmes de prise en charge. 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 de l'OCDE. Pour faire face à cette question commune, les pays de l'OCDE mettent en place des stratégies nationales différentes. Pour mieux comprendre, d'un point de vue macro-économique, les politiques menées dans les

différents pays en faveur des personnes en perte d'autonomie et leur « générosité », nous avons confronté les dispositifs de prises en charges avec l'investissement que représentent les dépenses de soins de longue durée par rapport au PIB. Cette analyse permet de dégager deux visions différentes (vision inclusive et vision individuelle) qui constituent des tendances structurant les politiques au sein des pays de l'OCDE et de faire émerger les 4 principaux modèles à savoir modèle familialiste, universel, hybride et d'assurance. Nous observons que la France propose quant à elle un croisement entre vision inclusive et individuelle.

Ferras, B. (2022). "La cinquième branche : mythe, réalité, objectif ? Une analyse, deux ans après..." Seve : les tribunes de la sante(74): 47-58.

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2022-4-page-47.htm>

La « branche autonomie » a été créée en 2020, au terme de revendications constantes des représentants des personnes âgées et des personnes handicapées. Revenir sur cette revendication et les conséquences des réformes introduites à partir de 2005, à la suite de la création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, est plus que jamais nécessaire. Identifier les chausse-trappes des notions de « branche » et de « risque » permet de cerner la spécificité des prises en charge de ces publics. L'intégration de cette branche en LFSS constitue une avancée souhaitable. Elle n'est cependant en aucun cas un *deus ex machina*. Au-delà, la question technique et l'approche principielle sont secondaires. Il s'agit avant tout d'apprécier les modalités dans lesquelles, aujourd'hui et demain, nos aînés et nos concitoyens les plus fragiles et frappés par le sort seront protégés et les conditions dans lesquelles ils peuvent accéder à une dignité qui ne manque que quand on ne peut pas ou plus y prétendre. La réflexion propose donc plusieurs jalons pour relever les défis qui s'offrent à nous.

Pavolini, E. (2022). "Long-term care social protection models in the EU". Bruxelles, Commission Européenne <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/670f407f-3572-11ed-9c68-01aa75ed71a1/language-en>

The report examines long-term care systems for people aged 65 or above in the 27 EU Member States. It reveals that long-term care challenges have become increasingly salient in recent decades in EU Member States' policy and political agendas. At the same time, in many countries long-term care policies and systems are still less developed than other social protection branches. Furthermore, the expansion of long-term care policies has to face a trilemma: ensuring an adequate coverage of needs with affordable high-quality formal services; determining the extent to which meeting long-term care needs depends on informal carers, while ensuring informal care remains a choice not a necessity and informal carers are adequately supported; and seeking to step up investments and reforms at a time when public budgets are under pressure and cannot easily be expanded. The report shows that EU Member States respond differently to this LTC trilemma and identifies six social protection models for long-term care that emerge from the analysis.

Tessier, L. et De Wul, N. (2022). "Long-term care in the context of population ageing: What role for social protection policies?" International social security review(75(2-3)): 19-45.

With the acceleration of population ageing, healthy ageing is becoming an imperative for all. Social protection systems have an important role to play in this endeavour. Through a life cycle approach, social protection systems can support i) the prevention of disability in old age (i.e. by addressing the

social determinants of health and rehabilitation), ii) effective access to long-term care without hardship for those who need it, and iii) decent work in the care economy. To do so will require adopting a gender-transformative approach. Indeed, women are disproportionately represented among both older persons and long-term care providers in their diversity. Further, to adequately contribute to healthy ageing and effective access to long-term care without hardship as a rights-based entitlement, social protection systems will need to build strong coordination between health care, social care and other social policies. This article highlights the key entry points for social protection systems to contribute to the United Nations Decade of Healthy Ageing, building on the rights-based approach of human rights and international social security standards.

Torrini, I., Lucifora, C. et Russo, A. (2022). "The Long-Term Effects of Hospitalization on Health Care Expenditures: An Empirical Analysis for the Young-Old Population". Milan, Università Cattolica del Sacro Cuore Working Paper Series 117

<https://dipartimenti.unicatt.it/economia-finanza-def117.pdf>

We investigate the short- and long-term effects of hospitalization on different types of health care expenditures (HCE). A dynamic DID model with variation in treatment timing is specified and estimated using register data of individuals aged 50-70 residing in Milan, Italy, and observed over the period 2008-2017. We analyze on the entire population and carry out heterogeneous analysis by leading cause of hospitalization and presence of chronicity or disability. We find evidence of a large and persistent effect of hospitalization on total HCE, with future medical expenses mostly accounted for by inpatient care. Considering all health treatments, the overall effect is sizable, accounting for approximately twice the cost for any single hospital admission. We show that chronic and disabled individuals require greater post-discharge medical assistance especially for inpatient care and that cardiovascular and oncological diseases account together for more than half of expenditures on future hospitalizations. Alternative out-of-hospital management practices are discussed as a post-admission cost-containment measure.

Papanicolas, I., Figueroa, J. f., Schoenfeld, A. j., et al. (2021). "Differences in Health Care Spending and Utilization Among Older Frail Adults in High-Income Countries: ICCONIC Hip Fracture Persona." Health services research **56** (S3) : 1335-1346

<https://doi.org/10.1111/1475-6773.13739>

This study explores differences in spending and utilization of health care services for an older person with frailty before and after a hip fracture. We compared utilization and spending of an older person aged older than 65 years for 365 days before and after a hip fracture across 11 countries and five domains of care as follows: acute hospital care, primary care, outpatient specialty care, post-acute rehabilitative care, and outpatient drugs. Utilization and spending were age and sex standardized.

(2020). "Long-term care and health care insurance in OECD and other countries". Paris, O.C.D.E.

https://www.oecd.org/en/publications/long-term-care-and-health-care-insurance-in-oecd-and-other-countries_3eabc286-en.html

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.

Longo, F., Claxton, K. et Lomas, J. (2020). "Does public long-term care expenditure improve care-related quality of life in England?". York, University of York [CHE Research Paper 172](#)

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.

Lorenz, N., Ihle, P. et Breyer, F. (2020). "Aging and Health Care Expenditures: A Non-Parametric Approach". Munich, CESifo [CESifo Working Paper 8216](#)

<https://www.ifo.de/en/cesifo/publications/2020/working-paper/aging-and-health-care-expenditures-non-parametric-approach>

One of the most important controversies in health economics concerns the question whether the imminent aging of the population in most OECD countries will place an additional burden on the tax payers who finance public health care systems. Proponents of the "red-herring hypothesis" argue that this is not the case because most of the correlation of age and health care expenditures (HCE) is due to the fact that the mortality rate rises with age and HCE rise steeply in the last years before death. The evidence regarding this hypothesis is, however, mixed. Our contribution to this debate is mainly methodological: We argue that the relationship of age, time to death (TTD) and HCE should be estimated non-parametrically. Using a large panel data set from the German Statutory Health Insurance, we first show that the parametric approach overestimates the expenditures of the high age classes and thus overstates the increase of future HCE due to aging. Secondly, we show that the non-parametric approach is particularly useful to answer the question whether age still has an impact on HCE once TTD is taken into account and find that it is clearly the case. This relationship is even more pronounced for long-term care expenditures (LTCE). We then show that the age-expenditure relationship is not stable over time: for many age classes, HCE in the last year of life grow considerably faster than HCE of survivors. We explore the impact of these findings on the simulation of future HCE and find that population aging will in fact contribute to rising HCE in the coming decades. We also find

that the impact of different population projections provided by the statistical offices has a greater impact on these simulations than previously acknowledged. However, the total impact of demographics on future HCE and LTCE is dwarfed by the exogenous time trend, which is due to medical progress and increasing generosity of public LTC insurance.

Oliveira Hashiguchi, T. et Llena-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 ?". Paris, O.C.D.E. OECD Health Working Paper 117

<https://doi.org/10.1787/2592f06e-en>

As people grow old and their health deteriorates, they are likely to require help with everyday activities that were once second nature; they need what is commonly termed long-term care (LTC). With demand for LTC in old age expected to grow, OECD countries face significant challenges in balancing financial sustainability with the provision of effective social protection against the financial risks associated with developing LTC needs – the cost of care can far exceed median incomes and its duration can be many years. This report provides a novel set of comprehensive and internationally comparable estimates of the adequacy, equity and efficiency of public social protection systems for LTC in old age in OECD countries and EU Member States. Using a set of “typical cases” of LTC need to ensure comparability, including different levels of severity and different ways in which needs can be met, this report shows cross-country and regional variations in the total costs of LTC services, the degree of public coverage, the out-of-pocket costs that care recipients face, and the associated poverty risks. The quantitative results are discussed in the context of how different countries design LTC benefits and schemes, including cost-sharing mechanisms. Finally, to illustrate the policy relevance of the analyses, the distributive effects of actual and hypothetical policy scenarios are simulated, including an international free personal care policy, and possible reforms in Ireland and England. 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.

Breyer, F. et Lorenz, N. (2019). The "Red Herring" after 20 Years: Ageing and Health Care Expenditures. Cesifo Working Papers; 7951. München Cesifo

<https://www.ifo.de/en/cesifo/publications/2019/working-paper/red-herring-after-20-years-ageing-and-health-care-expenditures>

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

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

<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/sustainable-health-financing-with-an-ageing-population-implications-of-different-revenue-raising-mechanisms-and-policy-options-study>

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

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

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

In this brief, the authors use historical data on per person health spending by age group to develop a set of projections on health care spending growth through 2060 due to population ageing for a) countries that already have a large share of the population at older ages and b) countries with relatively younger populations that are undergoing rapid population ageing. Hypothetical scenarios are also explored in recognition that health spending by age patterns might vary in the future. These analyses find that population ageing is not, and will not become, a major driver of growth in health expenditures. Moreover, they suggest that in countries where age demographics are changing but the

size of the older population is not yet large, the costs of improving coverage and access to services for older people is likely to be manageable and now is a good time to begin investing in the health system while the population is relatively young. However, while population ageing will not become a main driver of health expenditure growth, policy choices related to how health services are delivered, the prices paid (or negotiated) for services, medicines and technologies, and volumes of care will ultimately determine health spending by age trends. The authors conclude by considering policy options that can be implemented to target these factors, helping to limit future growth in health expenditures within a context of population ageing

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

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

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

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

<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/will-population-ageing-spell-the-end-of-the-welfare-state-a-review-of-evidence-and-policy-options-study>

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

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

www.nber.org/papers/w22513

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

Bock B., Koning H.H. (2016). Associations of frailty with health care costs – results of the ESTHER cohort study. *BMC Health Services Research*, **16** (128)

<http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1360-3>

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

Colombier, C. (2016). Population aging in healthcare - a minor issue? Evidence from Switzerland. *FiFo Discussion Papers*, No. 16-3. Cologne University of Cologne

<http://econstor.eu/bitstream/10419/121476/1/837692121.pdf>

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

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

Health spending growth in the United States for 2015-25 is projected to average 5.8 percent-1.3 percentage points faster than growth in the gross domestic product-and to represent 20.1 percent of the total economy by 2025. As the initial impacts associated with the Affordable Care Act's coverage expansions fade, growth in health spending is expected to be influenced by changes in economic growth, faster growth in medical prices, and population aging. Projected national health spending growth, though faster than observed in the recent history, is slower than in the two decades before the recent Great Recession, in part because of trends such as increasing cost sharing in private health insurance plans and various Medicare payment update provisions. In addition, the share of total health expenditures paid for by federal, state, and local governments is projected to increase to 47 percent by 2025.

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

It is still an open question whether increasing life expectancy as such causes higher health care expenditures (HCE) in a population. According to the "red herring" hypothesis, the positive correlation between age and HCE is exclusively due to the fact that mortality rises with age and a large share of HCE is caused by proximity to death. As a consequence, rising longevity-through falling mortality rates-may even reduce HCE. However, a weakness of many previous empirical studies is that they use cross-

sectional evidence to make inferences on a development over time. In this paper, we analyse the impact of rising longevity on the trend of HCE over time by using data from a pseudo-panel of German sickness fund members over the period 1997-2009. Using (dynamic) panel data models, we find that age, mortality and 5-year survival rates each have a positive impact on per-capita HCE. Our explanation for the last finding is that physicians treat patients more aggressively if the results of these treatments pay off over a longer time span, which we call "Eubie Blake effect". A simulation on the basis of an official population forecast for Germany is used to isolate the effect of demographic ageing on real per-capita HCE over the coming decades. We find that, while falling mortality rates as such lower HCE, this effect is more than compensated by an increase in remaining life expectancy so that the net effect of ageing on HCE over time is clearly positive.

Prince, M. J., et al. (2015). "The burden of disease in older people and implications for health policy and practice." *Lancet* **385**(9967): 549-562.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25468153>

23% of the total global burden of disease is attributable to disorders in people aged 60 years and older. Although the proportion of the burden arising from older people (≥ 60 years) is highest in high-income regions, disability-adjusted life years (DALYs) per head are 40% higher in low-income and middle-income regions, accounted for by the increased burden per head of population arising from cardiovascular diseases, and sensory, respiratory, and infectious disorders. The leading contributors to disease burden in older people are cardiovascular diseases (30.3% of the total burden in people aged 60 years and older), malignant neoplasms (15.1%), chronic respiratory diseases (9.5%), musculoskeletal diseases (7.5%), and neurological and mental disorders (6.6%). A substantial and increased proportion of morbidity and mortality due to chronic disease occurs in older people. Primary prevention in adults aged younger than 60 years will improve health in successive cohorts of older people, but much of the potential to reduce disease burden will come from more effective primary, secondary, and tertiary prevention targeting older people. Obstacles include misplaced global health priorities, ageism, the poor preparedness of health systems to deliver age-appropriate care for chronic diseases, and the complexity of integrating care for complex multimorbidities. Although population ageing is driving the worldwide epidemic of chronic diseases, substantial untapped potential exists to modify the relation between chronological age and health. This objective is especially important for the most age-dependent disorders (ie, dementia, stroke, chronic obstructive pulmonary disease, and vision impairment), for which the burden of disease arises more from disability than from mortality, and for which long-term care costs outweigh health expenditure. The societal cost of these disorders is enormous.

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

BACKGROUND: Disability and chronic conditions both have an impact on health expenditures and although they are conceptually related, they present different dimensions of ill-health. Recent concepts of disability combine a biological understanding of impairment with the social dimension of activity limitation and resulted in the development of the Global Activity Limitation Indicator (GALI). This paper reports on the predictive value of the GALI on health care expenditures in relation to the presence of chronic conditions. **METHODS:** Data from the Belgian Health Interview Survey 2008 were linked with data from the compulsory national health insurance ($n = 7,286$). The effect of activity limitation on health care expenditures was assessed via cost ratios from multivariate linear regression models. To study the factors contributing to the difference in health expenditure between persons with and without activity limitations, the Blinder-Oaxaca decomposition method was used. **RESULTS:** Activity limitations are a strong determinant of health care expenditures. People with severe activity

limitations (5.1%) accounted for 16.9% of the total health expenditure, whereas those without activity limitations (79.0%), were responsible for 51.5% of the total health expenditure. These observed differences in health care expenditures can to some extent be explained by chronic conditions, but activity limitations also contribute substantially to higher health care expenditures in the absence of chronic conditions (cost ratio 2.46; 95% CI 1.74-3.48 for moderate and 4.45; 95% CI 2.47-8.02 for severe activity limitations). The association between activity limitation and health care expenditures is stronger for reimbursed health care costs than for out-of-pocket payments. CONCLUSION: In the absence of chronic conditions, activity limitations appear to be an important determinant of health care expenditures. To make projections on health care expenditures, routine data on activity limitations are essential and complementary to data on chronic conditions.

Prestations d'aide et de soins

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

PRISE EN CHARGE INSTITUTIONNELLE

Encadré : [Zoom sur la loi portant mesures pour bâtir la société du bien-vieillir et de l'autonomie.](#)

La loi « Bien vieillir » vise à mieux structurer la prévention de la perte d'autonomie, lutter contre l'isolement, renforcer la bientraitance, améliorer les conditions de vie en EHPAD ou à domicile, et simplifier les parcours des personnes âgées grâce à un service public départemental de l'autonomie. Les principaux axes sont les suivants :

- 1. Prévention de la perte d'autonomie et lutte contre l'isolement (Titre I) :**
 - Organisation d'une Conférence nationale de l'autonomie tous les 3 ans.
 - Création d'un Service public départemental de l'autonomie (SPDA), guichet unique destiné aux personnes âgées et handicapées.
 - Accès élargi aux registres de personnes vulnérables pour prévenir l'isolement ou répondre en cas de crise (canicule, sanitaire...).
 - Généralisation du programme de dépistage précoce ICOPE
- 2. Lutte contre les maltraitances et renforcement de la bientraitance (Titre II)**
 - Amélioration des dispositifs de signalement des maltraitances.
 - Renforcement des droits fondamentaux des personnes vulnérables.
- 3. Autonomie et protection juridique des adultes vulnérables (Titre III)**
 - Mesures sur l'application du principe de subsidiarité dans les dispositifs de protection juridique.
 -
- 4. Habitat, EHPAD et qualité de l'accompagnement (Titre IV)**
 - Amélioration des conditions de vie en EHPAD :
 - visites facilitées,
 - expérimentations d'accueil de nuit,
 - possibilité d'être accompagné d'un animal de compagnie sous conditions.
 - Développement de l'habitat inclusif.
 - Renforcement du soutien aux aides à domicile.

Adoptée en avril 2024 après un long processus parlementaire, elle constitue une étape mais ne règle pas en soi la question financière du grand âge, renvoyée à une future loi de programmation.³ Parmi les mesures actées dans cette loi, plusieurs ont été concrétisées par des textes réglementaires notamment :

Généralisation du programme de dépistage précoce ICOPE : [décret](#) et [arrêté](#) publiés en mars 2026

- Installation de la Conférence Nationale de l'Autonomie par un décret daté de [juillet 2025](#)
- Lancement du Service public départemental de l'autonomie (SPDA). Le SPDA a été préfiguré au cours de l'année 2024 dans 18 territoires et a été généralisé à tout le territoire en 2025. En 2025, le SPDA se généralise à l'ensemble des territoires, en s'appuyant sur un [cahier des charges national](#) qui garantit les engagements de service public à apporter aux personnes.

³ Sources : vie-publique.fr, fhf.fr, [dossier législatif](#)

EN FRANCE

Cheneau, A., Sicsic, J. et Rapp, T. (2026). "Home over institution? New insights on older adults' care preferences from a mixed-methods study in France." *Plos One* **21**(3): e0345491.

<https://doi.org/10.1016/j.jval.2025.09.072>

As populations age, long-term care policies must balance individual preferences with financial constraints. The prevailing "aging in place" policy in France assumes that citizens overwhelmingly prefer home care over nursing homes. However, little is known about people's preferences towards long-term care options before disability occurs. We elicit preferences among community-dwelling adults over 60 using a mixed-method approach: qualitative interviews and a two-stage D-efficient discrete choice experiment. In each task, respondents chose between two hypothetical nursing homes varying in professional care quality, living environment, out-of-pocket (OOP) cost, and proximity, then decided whether to receive care in this nursing home or remain at home. A sample of 2,886 French adults over 60 completed the survey in 2024. We used random-effect conditional logit and latent class logit models to investigate trade-offs and preference heterogeneity. While a majority (54%) consistently favored home-care, 37% shifted their decision in response to improved nursing home characteristics. Professional care quality and living environment influenced choices as strongly as OOP cost, while proximity plays a secondary role. Strengthening staffing and training, upgrading equipment and the conviviality of shared spaces, and containing OOP costs are direct levers to raise the acceptability of nursing home care.

Louvel, A. (2026). "Soutien à l'autonomie des personnes âgées : entre 150 000 et 200 000 emplois supplémentaires seraient nécessaires en 2050." *Etudes et résultats (Drees)*(1365)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/260205-soutien-autonomie-personnes-agees>

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) publie une étude à partir des données du modèle Lieux de vie et autonomie (LIVIA). Ces données permettent de réaliser des projections du nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus jusqu'à 2070. Elles sont ventilées par département, sexe, tranche d'âge, niveau de perte d'autonomie et trois lieux de vie (Ehpad, résidence autonomie et logement ordinaire). En 2050, près de 23 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus vivront en France, soit 5 millions de plus qu'en 2021. Selon le modèle de projection Lieux de vie et autonomie (LIVIA), sous l'hypothèse que les gains d'espérance de vie allongent la durée de vie sans perte d'autonomie, conserver les pratiques actuelles d'entrée en Ehpad des personnes âgées en perte d'autonomie supposerait de créer 365 000 places en Ehpad entre 2021 et 2050, qui s'ajouteraient aux 640 000 existantes en 2021. Or, le nombre de places a légèrement diminué entre 2019 et 2023.

Penneau, A. (2026). "Ehpad : comment améliorer la qualité des soins ?". *Podcast n° 7*. Paris, Irdes.

<https://www.irdes.fr/podcasts/07-ehpad-comment-ameliorer-la-qualite-des-soins.mp3>

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) jouent un rôle majeur dans la qualité de l'accompagnement des personnes ayant des besoins d'aide à l'autonomie. Ils accompagnent plus de 600 000 personnes, dont 200 000 nouveaux résidents chaque année. Depuis quelque temps, on parle néanmoins de « crise de qualité » dans le secteur, les scandales ayant dégradé l'image de ces établissements. Les Ehpad, tant du point de vue de leur organisation que de leur financement, permettent-ils de répondre aux besoins de soins et d'accompagnement des personnes accueillies ? Anne Penneau, économiste à l'Irdes, est interrogée sur cette question

d'actualité. Elle a publié plusieurs travaux interrogeant la qualité des soins en Ehpad, dont le dernier en date, co-écrit avec Sylvain Pichetti, Marc Perronin, et Blandine Juillard-Condat, porte sur l'impact de l'entrée en Ehpad sur la prescription potentiellement inappropriée de benzodiazépines.

Aubert, P. (2025). "Allocation personnalisée d'autonomie : les retraités à plus basse pension commencent à la percevoir en moyenne cinq ans plus jeunes que les plus aisés." *Etudes et résultats (Drees)*(1327):

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/250219_ER_allocation-personnalisee-dautonomie

En France, en moyenne, un retraité perçoit l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) pendant environ 10 % de sa durée totale de retraite, d'après les conditions de mortalité et de recours à l'APA observées en 2017. Cette part est plus élevée pour les femmes (12 %) que pour les hommes (6 %), du fait de la longévité plus grande des premières. Elle varie aussi nettement, au sein de chaque sexe, selon le montant de pension. Les retraités les plus aisés sont ainsi en moyenne un peu moins longtemps bénéficiaires de l'APA, alors que leur durée espérée de retraite est plus longue. C'est toutefois surtout pour l'APA à domicile, et notamment dans les catégories les moins dépendantes (GIR 3 ou 4), que l'écart est marqué. À l'inverse, les plus aisés passent une partie un peu plus longue de leur retraite en établissement avec un niveau de dépendance plus marqué (GIR 1 et 2), en particulier parce qu'ils ont davantage de chances d'atteindre les âges élevés, où ces situations sont plus fréquentes. Environ 7 femmes sur 10 et 4 hommes sur 10 ont recours à l'APA durant leur retraite. Les probabilités de recourir à l'APA au cours de sa retraite apparaissent, à sexe donné, assez proches quel que soit le montant de pension. L'entrée dans la prestation se fait, en revanche, à un âge d'autant plus tardif que les retraités sont aisés. Pour l'APA à domicile, par exemple, elle a lieu à 85,2 ans en moyenne parmi les retraités hommes les plus aisés, contre 77,7 ans parmi ceux à plus basse pension.

Billa, A., Vincent, B. et Blazi, C. (2025). "Entre politiques publiques et résilience des Ehpad. L'innovation comme levier d'action dans la transformation de l'offre médico-sociale." *Gestions hospitalières* **2025**(642): 13-17.

De 2020 à 2030, le nombre de personnes de 75 à 84 ans devrait augmenter de 49 %, passant de 4,1 millions à 6,1 millions, tandis que celui des personnes de plus de 85 ans sera à son apogée entre 2025 et 2030. Ce phénomène démographique va faire émerger de nouveaux besoins et aspirations, et pas seulement chez les plus âgés : 90 % de la population française aspire aujourd'hui à continuer à vieillir au domicile ou dans un lieu « comme à la maison ». Une « révolution culturelle » qui conduit aussi à une évolution syntaxique et à un nouveau regard sur le vieillissement. Dans une démarche inclusive, la Caisse nationale des solidarités et de l'autonomie (CNSA) propose de remplacer la notion de « perte d'autonomie » par le « besoin d'accompagnement à l'autonomie ». Ces dynamiques observées engagent à opérer une transformation du modèle de l'offre médico-sociale et nécessitent la mise en œuvre de stratégies innovantes pour répondre aux enjeux majeurs de la transition démographique (résumé de l'éditeur).

Damon, J. (2025). "Démographie et politiques sociales : créer des EHPAD ou des crèches ?" *Revue de droit sanitaire et social* **2025**(1): 146-155.

Dans un contexte démographique de vieillissement et dans un contexte budgétaire préoccupant, les politiques publiques doivent-elles centrer leurs efforts sur les jeunes enfants ou sur les aînés dépendants ? Pour extrêmes qu'ils soient, les termes de cette alternative ne sont pas si caricaturaux. A l'échelle nationale et, plus encore, aux échelles locales, la question "des Ehpad" ou des crèches ?" est

un dilemme concret. celui-ci se repère tandis que les inerties démographiques, les contraintes budgétaires et les réalités politiques conduisent à favoriser davantage le grand que le petit âge (résumé de l'éditeur).

Emmanuelli, J. et Frossard, J. b. (2025). "Lieux de vie et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie : les défis de la politique domiciliaire, se sentir chez soi où que l'on soit". Paris, I.G.A.S.
<https://igas.gouv.fr/Lieux-de-vie-et-accompagnement-des-personnes-agees-en-perde-d-autonomie-les>

Avec l'arrivée au grand âge des générations nées après-guerre, le nombre de personnes âgées en situation de perte d'autonomie pourrait augmenter en France de près d'un million entre 2020 et 2040. Les Français étant nombreux à souhaiter vieillir chez eux, l'objectif des pouvoirs publics est de renforcer les capacités de maintien à domicile dans de bonnes conditions, et de diminuer la part des admissions en Ehpad (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes). Par ses constats, ses analyses et ses recommandations, le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, vient bousculer un certain nombre d'idées reçues sur le grand âge et la perte d'autonomie. Les auteurs du rapport ont évalué la façon dont l'offre d'habitat et d'accompagnement devrait être structurée pour les personnes que leur situation conduit, aujourd'hui, à entrer en établissement mais qui pourraient, à l'avenir, dans une situation comparable, continuer à être accompagnées à domicile, que ce soit en domicile ordinaire ou alternatif (résidences, colocations Alzheimer...).

Mikou, M., Pirus, C. et Paliot, N. (2025). "Trois quarts des Français préféreraient rester à domicile en cas de perte d'autonomie." *Etudes et résultats (Drees)*(1348)

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/250916_ER-Autonomie

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) publie une étude concernant l'opinion des personnes résidant en France métropolitaine sur le financement des dépenses liées à la perte d'autonomie, d'une part, et sur le lieu de vie privilégié, d'autre part.

Moalic-Minnaert, M. (2025). "La structuration de l'aide par les positions d'âge dans les politiques départementales de l'autonomie : une remise en cause hésitante." *Lien social et Politiques*(94): 175-200.

En France, les politiques du handicap et les politiques du grand âge constituaient depuis les années 1990 deux champs distincts de l'action publique. En dépit de la création en 2020 de la cinquième branche de la Sécurité sociale, le questionnement de la barrière d'âge au niveau national apparaît largement inachevé. Les politiques de vieillesse ayant fait l'objet, comme les politiques du handicap, d'un processus de décentralisation, il importe de resserrer la focale sur la mise en œuvre à l'échelon départemental d'un service public de l'autonomie unique. Cet article explore l'hypothèse de la constitution par les conseils départementaux d'une nouvelle « catégorie d'action publique » en lieu et place des « personnes âgées dépendantes » et « personnes handicapées ». Afin d'éclairer ce questionnement, une analyse documentaire a été menée. Les organigrammes des conseils départementaux français ont été examinés, tout comme les outils de planification – les schémas autonomie. En complément, une campagne d'entretiens semi-directifs a été initiée auprès des cadres de l'un des conseils départementaux. Bien qu'inaboutie, la convergence, à l'échelon départemental, des politiques du handicap et des politiques du grand âge se donne à voir dans la réorganisation des services, dans les choix d'instruments, à travers le travail cognitif d'identification d'enjeux communs et dans la mise en place de dispositifs communs. La compréhension de chacune des strates de cette convergence nécessite son insertion dans une pluralité de dynamiques à l'œuvre en matière de transformation de l'action publique. La dynamique de rapprochement est en outre différenciée d'un département à l'autre.

Penneau, A. et Or, Z. (2025). "Mesurer la qualité des Établissements pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) : exemple de quatre indices de qualité". Paris, Irdes Document de travail de l'Irdes 92

<https://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/092-mesurer-la-qualite-des-etablissements-pour-personnes-agees-dependantes-ehpad.pdf>

La qualité des soins est une notion difficile à mesurer dans les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) qui offrent un large éventail de services, sur une période prolongée, à des personnes ayant des besoins de soins multiples, allant d'une assistance personnelle pour les activités de la vie quotidienne à des soins médicaux plus techniques, notamment en fin de vie. Disposer d'informations objectives et pertinentes sur la qualité est essentiel pour les résidents et leur famille afin de faire des choix éclairés, mais aussi pour inciter les établissements à améliorer les dimensions de qualité mesurées. Or, en France, il n'existe pas de recueil d'indicateurs standardisés permettant de mesurer la qualité des Ehpad, disponible à la fois pour les personnes âgées et leurs familles, les instances qui financent les établissements, ou pour la recherche. Ce document de travail vise à contribuer au développement de données et d'indicateurs de qualité des soins dans les Ehpad en France, en dressant un état des lieux de la littérature internationale sur les indicateurs utilisés dans les établissements médico-sociaux, ainsi que des données disponibles en France. Nous présentons également un ensemble d'indicateurs de qualité inédits, calculés à partir des données disponibles en France. Nos travaux de recherche montrent qu'il est possible d'apparier différentes bases de données et de mesurer certaines dimensions de la qualité des soins, mais qu'il est impossible de mesurer toutes les dimensions de la qualité en Ehpad. Malgré une multiplication des sources de données administratives et d'enquête sur les Ehpad, les données restent très éparpillées et ne sont pas toujours représentatives. Certaines dimensions de la qualité, liées notamment au bien-être et à la satisfaction des résidents, mais aussi à leur état clinique et fonctionnel, ne sont pas suivies de manière standardisée dans les établissements. Cependant, des outils validés existent au niveau international. Nos résultats, sur un ensemble limité d'indicateurs, montrent également des différences significatives en termes de qualité de structure, de processus et de résultats entre établissements. Ces résultats appellent à une meilleure mobilisation des outils standardisés pour recueillir des données et développer des indicateurs permettant de comparer la qualité des soins dans les Ehpad, afin de contribuer à son amélioration.

Or, Z. et Penneau, A. (2025). "The loose connection between pricing, costs and quality with regional inequalities across France". Copenhague, O.M.S. Bureau régional de l'Europe
<https://iris.who.int/handle/10665/381082>

In France, the costs of medical long-term care (LTC) services are well covered by statutory health insurance for all patients, but the costs of personal and social care services faced by older people and their families can be quite high, depending on where they live. Accommodation fees for private nursing homes are paid by residents and are not regulated, although they are locally negotiated for public facilities. Prices vary largely within and among local government authorities and appear to be disconnected from the quality of care provided.

Penneau, A. et Or, Z. (2025). "Impact of regional inequalities in long-term care on health spending: evidence from dementia patients in France." Aging and health research 5(3): 100239.

Background: Unmet need for long-term care (LTC) could be associated with higher health care utilization and medical spending. In France funding of LTC is decentralised and there are significant

disparities in accessibility of LTC. We analyse the impact of geographical variations in LTC funding and supply on healthcare expenditure focusing on dementia patients. Methods: Healthcare spending of individuals is calculated from a national linked claims database. We run multilevel models exploiting the variations in spending across two geographical levels (residential areas nested in local authorities (LA)) to estimate the impact of local LTC supply and funding on health spending of patients with dementia. We estimated the generosity of LTC funding at LA with a stochastic frontier model and developed a taxonomy of LTC supply. Results: Dementia patients living in LAs with most generous LTC funding have significantly lower acute (-11 %) and post-acute (-35 %) hospital spending while they have higher (+17 %) primary care spending. Moreover, people in areas with the highest LTC supply spend 3 % less on hospital care per year and per person compared to those in underserved areas. Conclusions: Our results suggest that better accessibility of LTC with better funding and LTC supply can reduce hospital spending and improve overall health system efficiency.

Schweitzer, C. (2025). "Établissements d'hébergement pour personnes âgées : des résidents aussi âgés et autant en perte d'autonomie qu'en 2019, mais moins nombreux : Premiers résultats de l'enquête EHPA 2023." *Etudes et résultats (Drees)*(1351)

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/251104_ER_etablissements-hebergement-personnes-agees

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) publie les premiers résultats de sa dernière enquête sur les personnes fréquentant un établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) ou y vivant fin 2023. Elle décrit les caractéristiques des personnes accueillies, leur niveau de perte d'autonomie et les types de structures qu'elles fréquentent. Cette étude s'accompagne de la mise en ligne de jeux de données portant sur les résidents et le bâti de ces établissements, en plus des tableaux sur les structures et les personnels qui travaillent dans ces établissements déjà publiés.

Stahl, E. (2025). "Les déterminants de la coordination et de la coopération dans le champ de la prise en charge du grand âge en France. Revue de la littérature". Paris, Presses de Sciences Po
<https://sciencespo.hal.science/hal-05156838v1>

Cette revue de la littérature sociologique porte sur la coopération et la coordination dans le secteur de la prise en charge des personnes âgées, en se concentrant notamment sur les conditions qui favorisent ou entravent la mise en œuvre de dynamiques collaboratives entre professionnels du médico-social. La revue explore la distinction entre coordination (souvent imposée et ponctuelle) et coopération (basée sur des échanges réciproques et durables), et met en évidence le manque de consensus sur ces définitions dans la littérature. Elle identifie trois grands groupes de déterminants influençant la coordination : les conditions matérielles d'exercice, les origines et modalités de mise en place des dispositifs, et le contexte organisationnel du déploiement.

Tiberghien, F. (2025). "La prise en charge de la dépendance par les secteurs public, privé non-lucratif et privé lucratif". Paris, Le Labo de l'Economie Sociale et Solidaire

<https://www.llelabo-ess.org/la-prise-en-charge-de-la-dependance-par-les-secteurs-public-privé-non-lucratif-et-privé-lucratif>

La parution en 2022 de l'ouvrage d'investigation *Les Fossoyeurs* de Victor Castanet a contribué à ouvrir un débat pérenne sur les pratiques du secteur privé lucratif (SPL) dans la prise en charge des services sanitaires et sociaux, et en particulier de la dépendance. Épinglés dans cet ouvrage, les Établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD) relevant de ce secteur sont particulièrement mis en cause, révélant les incidences néfastes de modèles économiques centrés sur la rentabilité, au détriment du bien-être des résidents. Au vu des limites et dérives du SPL – aujourd'hui encore minoritaire dans ce champ par rapport au secteur public (SP) et au secteur privé non lucratif (PNL) dont ESS France a récemment souligné les avantages – la question de sa régulation se pose, de même que celle, plus large, de l'avenir du modèle de l'EHPAD. Replaçant le sujet dans une histoire longue et une description de l'évolution récente des moyens de la prise en charge de la dépendance par les trois secteurs (SP, SPL, PNL) et de la législation l'encadrant, cette note propose une analyse fournie des enjeux à prendre en compte et formule des propositions concrètes pour mieux répondre aux besoins des personnes concernées.

(2024). "Avis portant sur le projet de décret relatif aux tarifs afférents à l'hébergement dans les Ehpads totalement ou majoritairement habilités au titre de l'ASH". Paris, H.C.F.E.A.

<https://hcfea.gouv.fr/conseil-de-lage-0>

Le projet de décret relatif aux tarifs afférents à l'hébergement dans les Ehpads totalement ou majoritairement habilités au titre de l'ASH a été examiné par le Conseil de l'âge lors de sa séance du 12 décembre 2024. À son issue, le Conseil prend majoritairement acte de ce projet texte d'application de l'article 24 de la loi n°2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie. Par le vote de cette mesure, le législateur entendait résoudre une partie des désavantages que subissent les Ehpads totalement ou largement habilités à l'aide sociale, et garantir les droits des résidents au regard des surtarifs applicables. Le Conseil de l'âge estime que les dispositions proposées par le projet dont il a été saisi répondent assez largement à l'objectif de clarification du cadre. En revanche, l'objectif de sécuriser l'accès à une offre accessible financièrement sur l'ensemble des territoires n'est que très insuffisamment garanti.

(2024). "Bien vivre et vieillir dans l'autonomie à domicile : Les conditions pour permettre aux personnes âgées, vulnérables ou non, de bénéficier de réponses adaptées à leurs besoins et aspirations". Paris, H.C.F.E.A.

<https://hcfea.gouv.fr/conseil-de-lage-0>

Le soutien aux projets de vie « à domicile » s'est imposé comme l'axe central du projet politique d'accompagnement des personnes âgées, fragiles ou vulnérables et plus globalement du vieillissement de la société. Le Conseil de l'Âge a donc souhaité contribuer au débat et à la décision publique sur la question du « Bien vivre et vieillir dans l'autonomie à domicile ». Son objectif était d'identifier les conditions de nature à garantir aux personnes âgées, vulnérables ou non, des réponses adaptées à leurs besoins et aspirations, d'analyser dans quelle mesure elles sont réunies aujourd'hui et de proposer le cas échéant des orientations et adaptations pour qu'elles le deviennent effectivement.

Baly, O., Kletz, F., Barrubes, J., et al. (2024). "Impact des stratégies de maintien à domicile publiques sur l'efficacité du système de santé : une étude comparative entre pays européens".

https://hal-hceres.archives-ouvertes.fr/ENSMP_CGS/hal-04594561v1

With the acceleration of the ambulatory shift, homecare services have become an essential component of healthcare systems, especially for the elderly, who are their primary beneficiaries.

However, how the management of those services impact healthcare systems remains an open research question. The aim of this study, carried out in partnership with Geneva homecare services, is to examine whether the management of home care services by a public institution induces a significant difference in elderly people's hospitalization, institutionalization, use of homecare services, and healthy life expectancy. To this end, we compare the means of those variables, using the latest Eurostat data available (2019), between a group of predominantly public European countries (n=16) and a group of predominantly private European countries (n=10). Our results indicate that the public management of homecare, as developed and implemented by Geneva homecare services, is associated with a lower rate of hospitalization in the elderly. This finding suggests that further investigation is needed on the clinical and organizational practices that may explain this outcome.

Bonnet, C. et Bourreau-Dubois, C. (2024). "Accès géographique et financier aux Ehpad : évaluer l'équité des politiques de soutien à l'autonomie en contexte de décentralisation". Strasbourg, BETA [BETA Working Paper 2024 – 09](#)

<https://ideas.repec.org/p/ulp/sbbeta/2024-09.html>

Les inégalités entre départements en matière d'aide aux personnes âgées dépendantes ont été largement documentées. Cela concerne aussi bien les taux d'équipement que l'habilitation à l'aide sociale départementale, ou encore les tarifs des Ehpad. Pour permettre à terme d'apprécier les effets des politiques publiques en matière d'équité inter-départementale, nous proposons dans cet article un nouvel indicateur d'accessibilité géographique et financière aux EHPAD (AGFE). La particularité de cet indicateur est d'intégrer les trois contraintes qui pèsent sur le recours potentiel aux EHPAD : la quantité de places, leur implantation géographique et leur accessibilité financière. L'indicateur AGFE est calculé au niveau national et au niveau de chaque département à partir des données fiscales 2019 (FIDELI) et des données de l'enquête Établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) de 2019. Au niveau national, il met en évidence une accessibilité aux Ehpad très peu sensible au revenu pour les six premiers déciles de revenu, mais très fortement croissante au-delà : un individu de 75 ans ou plus appartenant au dernier décile de revenu a accès à un nombre de places trois fois supérieur à celui caractérisant une personne appartenant à l'un des six premiers déciles de revenu. L'analyse par département montre que la variabilité des politiques départementales, en particulier en termes d'habilitation et de conventionnement à l'aide sociale, implique une variabilité plus ou moins forte de l'accessibilité par rapport au revenu.

Deseyne, C., Nadille, S. et Souyris, A. (2024). "Rapport d'information sur la situation des EHPAD". Paris, Sénat <https://www.senat.fr/notice-rapport/2023/r23-778-notice.html>

La situation financière des Ehpad s'est fortement dégradée depuis trois ans : non seulement la proportion d'Ehpad déficitaires a augmenté mais l'ampleur des déficits s'est aggravée, exposant de nombreux établissements à des difficultés de trésorerie à court terme. Une combinaison de causes conjoncturelles et structurelles explique cette situation, que des aides ponctuelles ne suffiront pas à surmonter.

Devetter, F. X., Pucci, M. et Valentin, J. (2024). "Réduire les disparités et les coûts pour les finances publiques : vers un secteur public du care." *Revue de l'Ires (la)*(112-113): 75-115.

Les services de prise en charge de la petite enfance et de la perte d'autonomie sont de plus en plus reconnus comme devant faire l'objet d'un « service public », au sens où ils renvoient à des besoins sociaux considérés comme légitimes. Cet article se propose d'évaluer ce qu'il en coûterait, du point de vue des finances publiques, de substituer à l'organisation actuelle une organisation reposant sur une fonction publique du care permettant d'homogénéiser non seulement les conditions d'emploi mais également l'accès à ces services sur le territoire. Nous montrons que pour offrir, dans le champ de la petite enfance et celui du grand âge, un taux de service identique à celui du 10^e département le mieux doté, 183 000 emplois supplémentaires sont à créer, ce qui coûterait 7,9 milliards d'euros. À travers ces estimations nous montrons que les coûts de l'organisation actuelle sont déjà largement supportés par les finances publiques et que l'affirmation d'un secteur public du care ne constituerait pas un investissement disproportionné.

Le Bouler, S. (2024). "Santé-autonomie : potion amère ou gestion du temps long." Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie(40): 89-93.

<https://institutdroitsante.fr/publications/publications-ids/revues-livres/journal-de-la-sante-et-de-l-assurance-maladie-jdsam/jdsam-n40-juillet-2024/>

Dans cet article, l'évolution des différents compartiments de la dépense publique et des déficits afférents est décrite. Au-delà des ajustements de court terme (la « politique du rabot »), il est temps, sur les questions d'assurance maladie et d'autonomie, de considérer les évolutions structurelles, côté financements et côté prise en charge, pour faire face aux défis démographiques et technologiques mais aussi pour garantir la résilience du système.

Penneau, A. et Or, Z. (2024). "Les Ehpad les plus chers ne sont pas les meilleurs." Questions d'économie de la santé (Irdes)(295)

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/295-les-ehpad-les-plus-chers-ne-sont-pas-les-meilleurs.pdf>

Cette étude, grâce à un appariement original de données de différentes sources (Système national des données de santé-SNDS, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques-Drees et CNSA), met en relation les prix d'hébergement avec différentes dimensions de la qualité (caractéristiques des locaux, accompagnement des résidents, soins...) et le contexte concurrentiel local. Les deux principaux déterminants des prix sont la localisation de l'Ehpad et le statut juridique privé lucratif. En revanche, des tarifs d'hébergement plus élevés ne sont généralement pas associés à une meilleure qualité. En outre, les tarifs des établissements privés lucratifs sont d'autant plus élevés que la part du secteur non lucratif est plus faible ; ce pouvoir de marché plus important du secteur lucratif s'accompagne aussi d'une fréquence plus élevée des hospitalisations des résidents dans ces établissements (réadmissions à 30 jours, hospitalisations potentiellement évitables, hospitalisations non programmées), ce qui interroge la qualité des soins fournis.

Ricroch, L. (2024). "Ehpad : un résident sur dix a moins de 75 ans." Etudes et résultats (Drees)(1302)

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/240524_ER_EHPAD

La Direction, de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques publie un état des lieux sur le profil des résidents âgés de moins de 75 ans hébergés en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) avant la crise sanitaire et sur leur prise en charge en 2022. À

cette date, on dénombre 67 000 résidents en Ehpad dont 14 000 ont moins de 65 ans. Plus les résidents sont jeunes, plus leurs profils diffèrent de leurs aînés : il y a davantage d'hommes, avec moins de ressources, une surreprésentation de difficultés psychiques et peu de maladies neurodégénératives. Pour la première fois, les données 2022 issues de la base Badiane, une base de données interadministrative annuelle des établissements et services socio et médico-sociaux (ESMS) sont mobilisées.

Roy, D. (2023). "Qui vit à domicile, qui vit en établissement parmi les personnes de 60 ans ou plus ? - Une comparaison à partir des enquêtes Care-Ménages et Care-Institutions". Paris, Drees

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/DD102.pdf>

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publie une comparaison inédite des caractéristiques des personnes de 60 ans ou plus selon leur lieu de vie, à partir des données des enquêtes Capacités, aides et ressources des seniors (Care) de la DREES. À l'heure où le « virage domiciliaire » constitue une orientation majeure des politiques publiques du grand âge, ce Dossier de la DREES met en lumière les questions posées par la volonté de « désinstitutionnalisation » des personnes âgées.

(2023). "L'offre à domicile à destination des personnes âgées en perte d'autonomie". Paris, Commission des comptes de la Sécurité sociale Les comptes de la sécurité sociale. Résultats 2022, prévisions 2023 et 2024.

<https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2023/2023-09-CCSS.pdf>

Cet éclairage présente et quantifie, en termes de financements publics, l'activité des professionnels intervenant à domicile dans le cadre de la perte d'autonomie des personnes âgées, notamment des aides à domicile, des infirmiers libéraux et des aides-soignants des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Ces acteurs sont complémentaires et proposent un accompagnement global et gradué aux personnes âgées concernées. Ils relèvent néanmoins de financeurs distincts : sur les 10,6 Md€ de dépenses publiques consacrées en 2022 à la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie à domicile, 41% sont assumés par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et un quart par l'assurance maladie. La sécurité sociale couvre donc deux tiers des dépenses. Un quart des financements relève des départements, et environ 10% de l'État. L'inégale répartition territoriale des professionnels conduit à une prise en charge spatialement différenciée des besoins au niveau départemental.

(2022). "Feuille de route EHPAD-USLD-DGCS-DGOS 2021-2023 : vers des établissements plus médicalisés pour faire face au défi de la grande dépendance". Paris, Ministère chargé de la Santé

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_-ehpad_usld-vdef-2.pdf

La présente feuille de route a pour objectif d'engager des actions à partir des analyses et des recommandations du rapport de mission sur les profils de soins en USLD et EHPAD remis en juillet 2021 par les Professeurs Claude Jeandel et Olivier Guérin, suite à la lettre co-signée le 31 août 2020 par la DGOS et la DGCS. Au travers de 15 mesures et axes de travail, elle propose l'évolution des réponses sanitaires et médico-sociales aux personnes âgées en perte d'autonomie dès lors que le maintien au domicile n'est plus possible. Elle porte également sur la réponse apportée par le secteur sanitaire à des personnes de tout âge qui présentent des profils polyopathologiques et ne pouvant demeurer à domicile. Ces évolutions portent sur la réponse apportée par l'offre des USLD comme des

EHPAD en vue de les adapter à l'évolution de ces profils et des besoins de soins des résidents dans les années à venir.

Cour des comptes (2022). "La prise en charge médicale des personnes âgées en Ehpad". Paris, Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-prise-en-charge-medicale-des-personnes-agees-en-ehpad>

Estimée à 2,5 millions de personnes en 2015, la population de personnes âgées dépendantes pourrait atteindre 4 millions en 2050. En dépit de la volonté des pouvoirs publics de promouvoir un « virage domiciliaire », les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) occupent une place centrale dans l'offre de prise en charge, puisqu'ils accueillent aujourd'hui environ 600 000 résidents - soit 15 % de la population de plus de 80 ans. Le volume global de la dépense publique consacrée aux soins et à la dépendance en Ehpad a progressé de 30 % entre 2011 et 2019 (près de trois fois plus vite que le PIB), pour atteindre 11,24 milliards d'euros en 2019. Pour autant, cette progression des dépenses n'a pas suffi à répondre aux besoins d'une population de plus en plus fragile. Face aux enjeux d'adaptation de l'offre, une meilleure appréhension de l'évolution des affections liées à la dépendance paraît nécessaire pour anticiper les besoins futurs et concevoir des plans à la hauteur des enjeux. Dans cet objectif, la Cour suggère de mieux intégrer les Ehpad dans les territoires, et de renforcer la prise en charge médicale au sein de ces derniers, ainsi que la démarche qualité.

Cour des comptes (2022). "Les personnes âgées hébergées dans les Ehpad". Paris, Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/fr/documents/58759>

A l'issue d'une enquête portant plus largement sur la qualité des prises en charge médicale dans les Ehpad et reposant notamment sur 57 monographies d'établissements réalisées par les chambres régionales et la Cour des comptes, il a paru utile à la Cour de rendre compte de l'impact de la crise sanitaire sur ces établissements et des facteurs de vulnérabilité qui l'expliquent (I). Cette crise a été l'occasion d'une mobilisation nouvelle avec, d'une part, des soutiens financiers considérables décidés par l'État, qu'ils soient conjoncturels, afin de faire face aux conséquences immédiates de la crise sanitaire sur les établissements, ou pérennes, dans le cadre du « Ségur de la santé » et, d'autre part, l'émergence de bonnes pratiques des acteurs du secteur médico-social. Ces évolutions ne se sont cependant pas accompagnées des réformes structurelles d'envergure qui apparaissent nécessaires (II).

Le Défenseur des droits (2022). "Suivi des recommandations du rapport sur les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD". Paris, Le Défenseur des droits

<https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/rapports/2023/01/suivi-des-recommandations-du-rapport-sur-les-droits-fondamentaux-en-ehpad>

Ce rapport sur les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) publié en mai 2021 contenait 64 recommandations en vue d'améliorer les conditions de prise en charge des personnes accueillies en EHPAD et d'assurer l'effectivité de leurs droits. 13 d'entre elles concernent la situation de la crise sanitaire. Un an et demi après la publication de ce rapport, la Défenseure des droits a réalisé un travail de suivi de l'ensemble de ses recommandations, le respect des droits de ces personnes vulnérables étant au cœur de ses préoccupations.

Bonne, B. et Meunier, M. (2022). "Rapport d'information sur le rapport de la Cour des comptes sur la prise en charge médicale des personnes âgées en Ehpad : un nouveau modèle à construire". Paris, Sénat

Ce rapport reprend la communication de présentation au Sénat du rapport de la Cour des comptes sur la prise en charge des personnes âgées en Ehpad.

Saint-martin, J. P., Espeillac, T., Pilven, A., et al. (2022). "Rapport de la mission sur la gestion des établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (Ehpad) du groupe Orpea". Paris, I.G.F.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/le-gouvernement-publie-le-rapport-igas-igf-sur-la-gestion-des-ehpad-du-groupe>

Par lettre de mission en date du 1er février 2022, la ministre du travail, de l'emploi et de l'insertion, le ministre des solidarités et de la santé, le ministre délégué aux comptes publics et la ministre déléguée chargée de l'autonomie ont mandaté l'inspection générale des affaires sociales et l'inspection générale des finances pour réaliser un contrôle du fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) du groupe Orpea et du bon usage des deniers publics qui financent certaines de leurs activités. Ce rapport rend compte de leurs conclusions d'évaluation. Les questions sont traitées dans six axes d'investigation appelés « annexes » qui ont fait l'objet d'un échange contradictoire avec le groupe Orpea : l'organisation et le fonctionnement des Ehpad du groupe Orpea ; l'accompagnement et la prise en charge des personnes âgées ; l'utilisation des forfaits « soins » et « dépendance » ; l'organisation des achats et les relations avec les fournisseurs ; les ressources humaines ; les contrôles internes et externes.

(2021). "Comparaison des coûts de prise en charge d'une personne en perte d'autonomie selon le lieu de vie (Domicile ou Ehpad)". Paris, H.C.F.E.A.

<https://hcfca.gouv.fr/conseil-de-lage-0>

Dans une note rendue publique fin novembre, 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.

(2021). "Les services de soins à domicile. Une offre à développer dans une stratégie territorialisée de gradation des soins". Paris, Cour des comptes

https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2022-01/20220124-services-soins-domicile_0.pdf

Depuis 40 ans, la population française a vieilli, et l'on observe une accélération de ce vieillissement en raison de l'avancée en âge des baby-boomers : selon l'Insee, 20% de la population avait 75 ans ou plus en 2019, contre 13% en 1975. À ces âges marqués par la prévalence de la perte d'autonomie, le maintien à domicile plutôt que le placement en institution suppose de développer une offre domiciliaire au plus près des besoins, en s'assurant notamment de son équité territoriale. Le développement d'une société plus inclusive exige une même évolution de l'offre faite aux personnes en situation de handicap. Le présent rapport s'intéresse à quatre catégories de services : les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad), les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad), les

services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad), et les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah).

(2021). "Recueil de l'expérience et de la satisfaction des personnes en EHPAD et en structures du handicap : résultats de l'enquête pilote". Saint-Denis La Plaine Has

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3276811/fr/recueil-de-l-experience-et-de-la-satisfaction-des-personnes-en-ehpad-et-en-structures-du-handicap-resultats-de-l-enquete-pilote

En 2018, le ministère des Solidarités et de la Santé et le secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées ont missionné la HAS pour déployer une enquête en vue de recueillir l'expérience et la satisfaction des personnes âgées résidant en EHPAD et des personnes en situation de handicap faisant l'objet d'un accompagnement par un établissement ou un service. La démarche est centrée sur le recueil du point de vue des personnes directement concernées. Une enquête pilote a été mise en place afin de résoudre les questions méthodologiques, liées au recueil du point de vue des personnes directement concernées, dont certaines présentent des troubles cognitifs ou des troubles de la communication. L'objectif principal est d'évaluer la faisabilité et les conditions de déploiement national d'une enquête visant à mesurer la satisfaction des personnes accompagnées. Ce rapport présente les résultats concernant : La méthodologie et le déroulement de l'enquête pilote, les enseignements sur chaque mode de passation du questionnaire : internet, téléphone, face à face. Ce rapport présente les résultats concernant : La méthodologie et le déroulement de l'enquête pilote, les enseignements sur chaque mode de passation du questionnaire : internet, téléphone, face à face.

Botton, J., Drouin, J., Bertrand, M., et al. (2021). "Fréquence des décès et des hospitalisations chez les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et des unités de soin longue durée (USLD) en France au cours des années 2018 et 2019". Saint-Denis, A.N.S.M.

https://www.epi-phare.fr/app/uploads/2021/01/epi-phare_rapport_deces_hospit_ehpad_20210115.pdf

Ce travail confirme et quantifie la fréquence élevée des décès et des hospitalisations parmi les résidents des EHPAD et USLD en dehors du contexte de l'épidémie de Covid-19, et il permet d'estimer les nombres attendus au cours des mois à venir, alors que la campagne de vaccination débute. Ces chiffres, qui atteignent de l'ordre de 465 décès et plus de 1000 hospitalisations par jour, fournissent une première base de comparaison pour le suivi de la sécurité des vaccins dans cette population, dans l'attente de la mise en œuvre d'études de pharmaco-épidémiologie fines.

Hedon, C. (2021). "Les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD". Paris, Le Défenseur des droits

<https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rap-ehpad-num-29.04.21.pdf>

Les personnes âgées, y compris celles en situation de perte d'autonomie ou de handicap, jouissent des mêmes droits et libertés que l'ensemble de la population. Pourtant, la Défenseure des droits est régulièrement saisie de réclamations portant sur des restrictions de droits et libertés des personnes accueillies en (EHPAD). Elle est encore davantage interpellée à ce sujet depuis le début de la crise sanitaire liée à l'épidémie de la Covid-19. 900 réclamations dénonçant les conditions et modalités d'accompagnement médico-social ont été adressées au Défenseur des droits ces six dernières années. L'examen de ces réclamations montre, de manière récurrente, des atteintes aux droits fondamentaux, au respect de la dignité et de l'intégrité des personnes accueillies en EHPAD. Ce rapport formule 64 recommandations en vue d'améliorer la prise en charge des personnes accueillies en EHPAD et

d'assurer l'effectivité de leurs droits, parmi lesquelles 13 recommandations spécifiques à la situation de crise sanitaire.

Jeandel, C. et Guerin, O. (2021). "Unités de Soins de Longue Durée et EHPAD : 25 recommandations pour une prise en soins adaptée des patients et des résidents afin que nos établissements demeurent des lieux de vie". Paris, Ministère chargé de la Santé

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_jeandel-guerin.pdf

Les 25 recommandations de ce rapport visent à favoriser une prise en charge plus personnalisée et plus sécurisante au sein des établissements accueillant des personnes en perte d'autonomie. L'objectif à terme est que l'accompagnement tienne davantage compte des états pathologiques et des profils de soins nécessaires aux résidents. Pour le Professeur Claude Jeandel, ces recommandations visent ainsi à « assurer la pérennité du modèle d'hébergement collectif, afin que celui-ci reste un lieu de vie ». Le rapport se distingue en donnant une photographie précise du profil pathologique des résidents des Ehpads et des USLD (Unités de soins de longue durée), grâce à une enquête ad hoc. Il recommande de ce fait un rapprochement entre ces deux types de structures. Il plaide par ailleurs pour une plus grande mutualisation entre Ehpads, au sein de groupements territoriaux.

Jusot, F., Wittwer, J., Dormont, B., et al. (2021). "Le système de santé français aujourd'hui : enjeux et défis". Paris, Éditions Eska

Réalisé à l'occasion des 30 ans du Collège des économistes de la santé (CES), cet ouvrage dresse un état des lieux du système de santé français et en analyse les enjeux pour les années à venir. Les problématiques abordées sont les suivantes : réguler les dépenses de santé, mieux financer pour mieux protéger, réduire les inégalités face à la santé, accroître la qualité des soins et favoriser la coordination des acteurs, médecine - médicaments - patients : quelles innovations et quelles évolutions ? Quelles politiques de santé pour améliorer la qualité des soins ? Comment améliorer l'accès aux soins primaires selon les spécificités des territoires ? Le financement du risque maladie en France : quelle place pour une assurance privée concurrentielle en complément de l'assurance publique ? Sur quels principes fonder une nouvelle politique publique de prise en charge des personnes âgées dépendantes ? Les inégalités face à la santé.

Lesueur, D. et Bayard, S. (2021). "Les Ehpads et l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie". Paris, Banque des Territoires

<https://www.banquedesterritoires.fr/sites/default/files/2021-12/Etude%20Odas-Poste%20Ehpads.pdf>

Rédigée par l'Odas, la première partie livre une analyse détaillée de la population des personnes âgées, des lieux de résidence (les EHPAD mais également le domicile, où vit la majorité des personnes âgées), du poids de la perte d'autonomie et des dispositifs d'aides. Cette analyse permet de montrer que le vieillissement ne peut pas être exclusivement vu sous l'angle de la perte d'autonomie. Dans un pays où un tiers de la population aura demain plus de soixante ans, il devient urgent de changer de regard sur le vieillissement. La définition d'un rôle moteur des aînés dans leur territoire de vie servirait non seulement le bien commun, mais également leur intérêt en favorisant le « bien vieillir ». Fruit du travail de La Banque Postale, la seconde traite plus spécifiquement des EHPAD, au travers de leur situation financière en 2019 ainsi que des premiers impacts financiers pour les années 2020 et 2021, en lien avec une actualité réglementaire particulièrement riche dans le contexte de la crise sanitaire.

Or, Z. et Penneau, A. (2021). "Long-Term Care in France: The Loose Connection Between Pricing, Costs and Quality with Regional Inequalities". Copenhague, O.M.S. Bureau régional de l'Europe
<https://doi.org/10.2471/B09355>

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.

(2020). "La situation économique et financière des EHPAD entre 2017 et 2018". Paris, C.N.S.A.
<https://www.cnsa.fr/publications/situation-economique-et-financiere-des-ehpad-entre-2017-et-2018>

Le rapport de la CNSA sur la situation économique et financière des EHPAD en 2018 actualise les données caractéristiques de la gestion des établissements, par exemple les niveaux de dépendance et de prise en charge des soins des résidents, les taux d'activité et les ratios d'encadrement. Il propose également une analyse financière.

Antunez, K. (2020). "Les Français souhaitent une prise en charge par l'État de la perte d'autonomie des personnes âgées". Paris, Drees

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/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.

(2020). "Analyse de l'activité hospitalière 2018. Focus sur les patients âgés de 80 ans et plus". Lyon, A.T.I.H.
<https://www.atih.sante.fr/analyse-de-l-activite-hospitaliere-2018-focus-sur-les-patients-ages-de-80-ans-et-plus>

Dans le cadre de l'analyse annuelle de l'activité hospitalière, l'ATIH réalise un focus sur les hospitalisations des patients âgés de 80 ans et plus. L'objectif est de décrire les consommations de soins hospitaliers des patients âgés de 80 ans et plus, et leurs évolutions entre les années 2013 et 2018, d'étudier les parcours de soins hospitaliers de ces patients, tous champs sanitaires confondus, sur une période de 6 mois, et analyser leurs évolutions au cours du temps. En 2018, près de 3 300 établissements de santé ont accueilli 12,8 millions de patients. Parmi eux, 1 patient sur 8 était âgé de 80 ans et plus soit 1,6 million de patients. Dans cette classe d'âge, 40% de la population a eu recours à au moins une hospitalisation en 2018.

Brechat, P. h. et Castiel, D. (2020). "Prise en charge des personnes âgées : un révélateur des paradoxes de l'évolution du système de santé et d'assurance maladie français." Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie(27): 31-39.

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

La prise en compte du vieillissement de la population ainsi que des pathologies chroniques est l'un des huit enjeux des systèmes de santé et d'assurance maladie du XXI^e siècle. Le système de santé et d'assurance maladie français n'est pas en passe de remporter ces défis alors qu'il en avait la possibilité. Si dans les années 1990-2000, une politique de santé publique en faveur de la santé des personnes âgées et d'un système de santé et d'assurance santé ont été rendus possibles, les années 2000 à 2010 ont vu l'échec de la prise en charge des personnes âgées et du modèle de l'hôpital entreprise. Des systèmes de santé et d'assurance maladie arrivent pourtant à remporter ces enjeux en adoptant le modèle d'un système de santé et d'assurance santé intégré basé sur l'atteinte des 3 objectifs du « Triple Aim » (améliorer l'état de santé de la population ; accroître la qualité des soins ; et réduire les coûts) au sein d'une politique de santé publique en faveur de la santé des personnes âgées. Il serait possible d'en tirer des enseignements pour notre système de santé dans le contexte de la prise en charge du vieillissement.

Lautman, A. (2020). "L'avenir de l'Ehpad est au domicile : expérimentation d'un dispositif d'accompagnement renforcé au domicile dans le cadre de l'article 51." *Regards*(57): 187-194.

<https://www.cairn.info/revue-regards-2020-1-page-187.htm>

La transition démographique va provoquer un accroissement significatif de la population en perte d'autonomie, renforcé à partir de 2030 avec l'arrivée au « grand âge » de générations nombreuses. Cette évolution implique dès aujourd'hui une profonde adaptation de l'accompagnement des personnes âgées, tant à domicile qu'en établissement, afin de mieux répondre à leurs attentes et à celles de leurs aidants. Pour avancer sans attendre, la Mutualité Française s'est associée à la Croix-Rouge et au groupe Hospitalité Saint Thomas de Villeneuve (HSTV) pour co-construire une offre, modulable, à domicile, permettant d'éviter ou de retarder au maximum l'entrée en institution. Il s'agit bien de permettre le libre choix des personnes concernées. Cet article présente les grandes lignes de cette expérimentation « Dispositif d'accompagnement renforcé à domicile » qui a été proposée dans le cadre de l'article 51 et qui vient d'obtenir un avis favorable des services du ministère de la Santé.

Lussier, M.-D. (2020). "Parcours des personnes âgées dans le système de santé." *Regards*(57): 115-126.

<https://www.cairn.info/revue-regards-2020-1-page-115.htm>

La France comme tous les pays développés doit faire face au défi que représente le nombre croissant de personnes atteintes de maladies chroniques pour lesquelles une prise en charge globale peut permettre d'éviter ou retarder la survenue de complications et la perte d'autonomie. La population âgée et très âgée qui bénéficie de l'amélioration de son espérance de vie en bonne santé a la particularité de cumuler la polypathologie et la chronicité. La réflexion sur la prise en charge et l'accompagnement de cette population concentre ainsi les efforts par les enjeux qu'elle cristallise. Les premiers travaux sur les parcours de cette population au sein du système de santé ont permis de mieux s'approprier ce concept et de modéliser des actions à mener. Nous nous attacherons ici à préciser comment surgit la notion de parcours, comment améliorer la gestion des maladies chroniques, leur prise en charge et l'accompagnement des personnes. Nous nous appuyons sur les expériences étrangères, les enseignements de l'expérimentation nationale Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie (Paerpa) pour identifier les pratiques probantes et invariantes dans la mise en œuvre des parcours de santé.

Sizaret, A. (2020). "Ehpad et confinement : quels enseignements ? Dossier documentaire". Besançon, I.R.E.S.P. de Franche-Comté

<https://ireps-bfc.org/sinformer/dossier-documentaire-ehpad-et-confinement-quels-enseignements>

Ce dossier a été réalisé à la demande de la CRSA Bourgogne-Franche-Comté et de la Commission médicosociale. Il a pour objet de dresser un état des lieux à partir d'études menées dans les EHPAD suite à la crise sanitaire de la Covid-19, sur les conséquences du confinement et du déconfinement, que ce soit auprès des résidents que des professionnels intervenant dans les établissements. Le dossier est structuré en 4 grandes parties : - Des éléments de contexte s'appuyant sur les données épidémiologiques publiées par Santé publique France ; - Des doctrines et des instructions mises à disposition sur le site internet du Ministère des solidarités et de la santé ; - Des recommandations de sociétés savantes : les rapports de Jérôme Guedj et les avis émis par le Haut conseil de la santé publique ; - Et enfin des études et retours d'expériences menées en EHPAD, soit au niveau des personnes hébergées, soit au niveau des professionnels intervenant en Ehpad. Sont mentionnées également dans cette partie les études en cours, dont les résultats ne sont pas encore publiés.

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

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

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

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

<https://hcfega.gouv.fr/conseil-de-lage-0>

Dans cet avis, le Conseil de l'âge pose d'abord la question de l'unification des statuts des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, et de la suppression de la barrière d'âge à 60 ans pour l'accès à la prestation de compensation du handicap (PCH). Si cette option est soutenue par une grande majorité des membres du Conseil dans la perspective de constitution d'un cinquième risque (note 1), les études disponibles ne permettent pas d'apprécier les conséquences d'un tel changement, susceptible d'engager des financements publics conséquents. Ils demandent que des études soient engagées sans délai de façon à être disponibles pour la préparation de la loi annoncée par le Président de la République pour 2019. Si la loi ne retenait pas cette option, le Conseil considère qu'elle devrait en tous les cas rapprocher sensiblement les statuts actuels des personnes âgées et des personnes en situation de handicap (note 2). Le Conseil souhaite une loi ambitieuse avec un socle de base minimum à atteindre au plus tard en 2024. Les priorités de ce socle sont définies dans un cadre conservateur,

plus crédible à court terme (note 3) : consolider le maintien à domicile pour un effort financier d'environ 1,9 milliards d'euros et de revoir le statut des aidants. Une politique renforcée de soutien à domicile devrait faire baisser le taux d'institutionnalisation et répondre au souhait majoritaire des personnes de rester à domicile ; privilégier l'amélioration de la qualité des établissements (conditions de vie des résidents et conditions de travail et valorisation du personnel). Le Conseil juge qu'un accroissement des moyens de fonctionnement de l'ordre de 4 milliards d'euros à l'horizon 2024 est une référence pertinente de l'effort minimal à consentir ; diminuer les restes à charge dans les établissements. Si le Conseil évoque des schémas de réforme ambitieux comme la suppression de l'obligation alimentaire et du recours sur succession dans la gestion de l'aide sociale à l'hébergement (ASH), il envisage également des projets moins coûteux, notamment des schémas de bouclier protégeant les résidents qui vivent de longues années en établissement. Le Conseil estime qu'on doit faire un progrès significatif en prévoyant d'y affecter une enveloppe de 1 à 1,5 milliard d'euros. L'augmentation conséquente des dépenses publiques brutes proposée dans l'avis du Conseil de l'âge peut être partiellement compensée par une meilleure gestion des politiques de soutien à l'autonomie. Si bien que le solde net se situerait à un niveau sensiblement inférieur. Le Conseil analyse ensuite les recettes envisageables pour le financement de ces mesures et le calendrier de leur mise en place.

Bonne, B. (2018). "Rapport d'information sur la situation dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)". Paris Sénat

<https://www.senat.fr/notice-rapport/2017/r17-341-notice.html>

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

Esch, M. O. (2018). "Vieillir dans la dignité". Les Avis du Conseil Économique - Social et Environnemental. Paris CESE

<https://www.lecese.fr/travaux-publies/vieillir-dans-la-dignite>

L'insuffisance des moyens humains et financiers des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) fait l'objet de nombreuses pétitions citoyennes publiées sur internet. Les pétitionnaires déplorent des situations de sous-effectifs, des conditions de travail dégradées. Avant tout, il.elle.s pointent un impératif : assurer aux personnes âgées un accueil, un accompagnement et des soins plus dignes. Les pétitions portent en elles des enjeux financiers et sociétaux sur lesquels le

CESE a pris position ces dernières années. En 2014, il avait favorablement accueilli le projet de loi sur l'adaptation de la société au vieillissement : les orientations proposées, et notamment la place donnée à la prévention, au respect des droits fondamentaux des personnes âgées, au maintien à domicile, lui paraissaient aller dans le bon sens. Le CESE s'inquiétait toutefois des insuffisances du financement de la perte d'autonomie. La « crise des EHPAD » montre que, plus de deux années après l'entrée en vigueur de la loi, les progrès ne sont pas suffisants. Cette crise ne peut pas être isolée des difficultés de notre système de santé. Les incertitudes sur le financement de la perte d'autonomie demeurent. Pour le CESE, cela signifie que les réponses doivent être globales et s'inscrire dans une approche prospective et décloisonnée du médical, du social et du médico-social.

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

<https://www.ccne-ethique.fr/fr/avis>

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

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

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

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

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

Ce guide a pour but de faciliter la mise en œuvre de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, dite loi ASV, en France. Dans un souci de prévenir les disparités entre les territoires, le guide présente les différentes dispositions de la loi, les mesures adoptées pour faciliter sa mise en œuvre et des leçons tirées des bonnes et mauvaises pratiques.

(2016). Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. Une organisation à améliorer, des aides à mieux cibler. Paris Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-maintien-domicile-des-personnes-agees-en-perte-dautonomie>

La Cour des comptes rend public, le 12 juillet 2016, un rapport sur le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie : une organisation à améliorer, des aides à mieux cibler. La proportion des personnes âgées de 80 ans et plus dans la population française devrait doubler entre 2010 et 2060, et leur nombre atteindre alors 8,4 millions. Simultanément, le nombre de personnes âgées dépendantes devrait passer à 2,3 millions. Pour les personnes concernées et leur famille, la perte d'autonomie est psychologiquement difficile à vivre. Elle l'est aussi financièrement. La question des modalités de la prise en charge de la perte d'autonomie se posera de manière accrue, dans un contexte de ressources publiques limitées. La loi du 20 juillet 2001, en créant l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), a favorisé le développement de services de soins et d'accompagnement à domicile, ainsi que de nouvelles formules intermédiaires (accueil de jour, hébergement temporaire). L'offre de prestations a ainsi connu une amélioration significative, tant en quantité qu'en qualité, mais la connaissance des besoins, l'information des bénéficiaires et le pilotage de cette politique demeurent insuffisants. La Cour estime donc nécessaire d'améliorer l'organisation de la politique de maintien à domicile des personnes âgées dépendantes et de cibler de manière plus efficace les aides correspondantes.

(2016). Territoires et politiques de l'autonomie (extrait du rapport 2015 de la CNSA). Paris CNSA:

https://www.cnsa.fr/sites/default/files/2024-04/AVIS_chapitre_prospectif_soumis_au_vote_du_conseil_de_la_cnsa.pdf

Les politiques de l'autonomie, largement décentralisées et déconcentrées, sont profondément ancrées sur les territoires. Les récentes évolutions législatives, qu'il s'agisse des lois de réforme territoriale, de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement ou de la loi de modernisation de notre système de santé, questionnent et font évoluer la conception et la mise en œuvre des politiques de l'autonomie par les acteurs locaux et nationaux : individualisation et approche plus globale des besoins des personnes, articulation des interventions et co-construction des réponses, prise en compte du handicap et du vieillissement dans les politiques publiques locales au-delà des réponses médico-sociales, égalité et équité de traitement réaffirmée. La CNSA est au carrefour des acteurs de l'autonomie, à la charnière du national et du local. Son Conseil formule 28 préconisations pour que ces politiques ancrées sur les territoires tendent vers une société plus inclusive.

Alberola, E., et al. (2016). Bien vieillir, retraite, dépendance, fragilité des seniors. Représentations, réalités et attentes de la population française vis-à-vis des institutions. *Rapports*; 334. Paris Credoc

<https://www.credoc.fr/publications/bien-vieillir-retraite-dependance-fragilite-des-seniors-representations-realites-et-attentes-de-la-population-francaise-vis-a-vis-des-institutions>

Les conditions de vie des seniors et leurs attentes ne cessent d'évoluer : les retraités d'aujourd'hui sont, dans l'ensemble, plus à l'aise financièrement, plus familiers des nouvelles technologies, plus enclins à profiter des loisirs et à cultiver les liens sociaux. Alors que les questions relatives au vieillissement et à la perte d'autonomie sont très présentes dans le discours public en termes d'orientation des politiques, de coût et de projection individuelle, la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) a souhaité mieux connaître l'image que les Français ont du vieillissement et la réalité exprimée par les principaux concernés. Pour cela, des questions ont été insérées dans le dispositif

d'enquête du CRÉDOC sur les Conditions de vie et les Aspirations. Spontanément, les Français ont de la vieillesse une vision plutôt négative, lui associant la perte des capacités, la dépendance ou la maladie. Pour autant, les Français, et les plus âgés en particulier, sont relativement sereins quant à leur propre vieillissement. Très peu, y compris chez les 70 ans et plus, ont le sentiment d'être eux-mêmes âgés. À partir de 60 ans, on se déclare plutôt bien armé pour faire face à un imprévu. Dans l'esprit de la population, avoir des liens affectifs forts et rester à domicile sont des prérequis incontournables pour bien vieillir. Au-delà, les seniors sont en attente d'informations sur la prévention pour maximiser leurs capacités, en particulier pour entretenir leur mémoire et leur capital intellectuel. Mais beaucoup disent avoir des difficultés à accéder à l'information sur le bien vieillir.

Bachelay, A. (2016). Rapport d'information sur les immigrés âgés. Paris Assemblée Nationale

<http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i3980.asp>

Le 20 novembre 2012, la Conférence des présidents a créé, sur proposition du Président Claude Bartolone, une mission d'information sur les immigrés âgés originaires des États tiers à l'Union européenne. Un rapport d'information paru en juillet 2013 avait proposé tout un ensemble de propositions embrassant l'ensemble des aspects de la problématique. Le présent rapport ne revient pas sur chacune des 82 propositions, mais insiste sur celles qui touchent le public le plus large et dont l'impact dans la vie quotidienne est le plus sensible : accès à la nationalité, accès au logement et aux droits sociaux. Sur la question de l'accès au territoire et à la nationalité, tout d'abord : les immigrés âgés, souvent présents sur notre sol depuis plusieurs décennies, doivent pouvoir prétendre à devenir Français dans des conditions facilitées. Ceux qui ne le souhaitent pas ou ne le peuvent pas doivent pouvoir se voir délivrer des titres de séjour adaptés, leur permettant notamment de retourner sans difficulté dans leur pays d'origine, pour des périodes longues ; Concernant la question du logement, ensuite. Les immigrés âgés sont le plus souvent logés dans des foyers de travailleurs migrants, dont la rénovation, lancée il y a près de 20 ans, n'est pas achevée. Si les conditions de vie dans ces foyers ont néanmoins connu quelques améliorations, il ne faut pas perdre de vue que les immigrés âgés ont vocation, comme n'importe quel public éligible, à accéder au logement social « de droit commun » ; Et sur la question de l'accès aux droits sociaux, enfin. La plupart des immigrés âgés bénéficient de l'allocation de solidarité aux personnes âgées – anciennement « minimum vieillesse » –, prestation non contributive réservée aux plus modestes ; plusieurs propositions tendant à adapter les contrôles de l'attribution de cette prestation à la population des immigrés âgés ont été mises en œuvre. Mais sur le terrain des droits sociaux, on retiendra surtout l'entrée en vigueur de l'aide à la réinsertion familiale et sociale des anciens migrants dans leur pays d'origine, près de 10 ans après sa création par le législateur.

Bertillot, H. et Bloch, M.-A. (2016). "Quand la "fragilité" des personnes âgées devient un motif d'action publique." *Revue Française Des Affaires Sociales*(4): 107-128.

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

Loin d'être univoques, les significations des mots "handicap", "perte d'autonomie" ou "dépendance" font débat (Ennuyer, 2002). Loin d'être figés, les usages de ces notions sont en constante évolution. Il est dès lors crucial de s'interroger sur les contenus de ces catégories de pensée, sur les modalités de leur diffusion et sur leurs implications pour les univers d'action publique et professionnels dans lesquels elles s'inscrivent. Dans cet article, nous voudrions contribuer à cette réflexion à partir de l'analyse sociologique de l'une des catégories qui fait l'objet d'usages croissants dans les politiques de l'autonomie : la notion de "fragilité des personnes âgées".

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

<http://www.cae-eco.fr/IMG/pdf/cae-note035v2.pdf>

L'action publique en direction des personnes dépendantes doit concilier des objectifs en partie contradictoires : améliorer la qualité de services de prise en charge, offrir une couverture efficace et équitable du risque de dépendance, maîtriser les dépenses publiques. La loi d'Adaptation de la Société au 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

Delattre, A. et Paul, S. (2016). Les unités de soins de longue durée (USLD), Paris : IGAS

<https://www.igas.gouv.fr/Les-unites-de-soins-de-longue-duree-USLD>

Le rapport décrit, tout d'abord, les missions et modes de fonctionnement des USLD, en s'attachant à présenter ce qui les différencie et les rapproche des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). La deuxième partie est consacrée aux questions liées à la tarification ; elle montre notamment l'inadaptation aux USLD de certains des outils utilisés. La troisième tente de présenter un état des lieux populationnel en dépit du caractère insuffisant des informations disponibles. La quatrième met en garde contre le risque de dénaturer la vocation des USLD si on en fait "la" solution d'aval de la prise en charge d'un ensemble composite de diverses pathologies ou déficiences. Et, enfin, la dernière partie décrit les scénarios d'évolution envisageables.

Gand, S. et Periac, E. (2016). Gouverner sans les instruments ? La difficile construction des politiques relatives à la perte d'autonomie des personnes âgées. Villeurbanne HALSHS

Engagée dans un processus de vieillessement démographique jusqu'en 2060, la France, comme l'ensemble des pays occidentaux, cherche à déployer des aides et des services pour les personnes âgées en perte d'autonomie et leurs proches. Cette politique publique est encore en voie de construction et souffre particulièrement d'une difficulté à organiser une gouvernance adaptée à l'implication d'acteurs hétérogènes et situés à différents niveaux d'intervention. Nous proposons tout d'abord un état des lieux de cette problématique avant d'offrir des perspectives pour répondre au double défi du vieillessement de la population et de l'organisation de ces politiques multi-parties prenantes, représentatives des mutations de l'action publique contemporaine et de ses incertitudes.

Gerard, A. (2016). "La résidence services seniors, quel rôle dans la gestion du vieillessement ?" Revue Française Des Affaires Sociales(4): 267-284.

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

La gestion de la dépendance est l'une des préoccupations majeures des politiques publiques. Dans un contexte budgétaire restreint, la loi d'adaptation de la société au vieillessement (du 28 décembre 2015) rappelle la pertinence du domicile dans la gestion de la dépendance et notamment la prévention de l'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Dans ce cadre, la loi apporte une reconnaissance juridique aux résidences services seniors (RSS), sans pour autant préciser leur rôle ou leur périmètre d'intervention. Notre objectif est ici de clarifier le rôle et la place

des RSS dans le champ gérontologique et également dans les représentations des personnes âgées et de leur entourage. Il s'agira donc de confronter les points de vue des différents acteurs en jeu : pouvoirs publics, promoteurs-exploitants et directeurs de résidences, personnes âgées.

Grand, A., et al. (2016). Les défis du vieillissement : construction d'une politique sociale, Toulouse : Erès

Du rapport Laroque (1962)   la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement (2015), ce numéro interroge la construction des politiques sociales du vieillissement et analyse le bienfondé des textes législatifs et des dispositifs mis en place au cours du demi-siècle qui vient de s'écouler. Il met en évidence les défis que représentent le vieillissement de la France du point de vue démographique, économique, sanitaire et de l'adaptation des politiques sociales aux évolutions prévues, notamment au regard de la dépendance.

Guillaume, S. et Or, Z. (2016). "La satisfaction des personnes âgées en termes de prise en charge médicale et de coordination des soins : une approche qualitative exploratoire." Questions d'économie de La Santé (Irdes)(214)

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/214-la-satisfaction-des-personnes-agees-en-termes-de-prise-en-charge-medicale-et-de-coordination-des-soins.pdf>

Cette enquête qualitative exploratoire vise à identifier les dimensions de la satisfaction des personnes âgées concernant leur prise en charge médicale et la coordination de leurs soins. Réalisée au printemps 2015 à partir d'entretiens semi-directifs, elle porte sur un échantillon de 18 personnes âgées de 72 à 90 ans, vivant à domicile ou en institution, ainsi que sur 4 aidants de patients atteints de pertes de facultés cognitives. Toutes les personnes interrogées, quel que soit leur type d'hébergement, y compris les aidants, s'accordent à dire que la dimension la plus importante dans la prise en charge concerne la qualité de la relation entretenue avec les professionnels de santé. Il semble y avoir une marge de manœuvre importante pour améliorer cette qualité relationnelle et la satisfaction des personnes avec des gestes simples. Les personnes enquêtées évoquent l'importance d'être bien informées sur leur prise en charge, d'avoir la possibilité de s'exprimer et l'importance des échanges ainsi que de la coordination entre les différents professionnels de santé impliqués dans leurs soins.

Ramos-Gorand, M. et Rapegno, N. (2016). "L'accueil institutionnel du handicap et de la dépendance : différenciations, conséquences territoriales et parcours résidentiels." Revue Française Des Affaires Sociales(4): 225-247.

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

L'étude de l'accessibilité des établissements médico-sociaux pour adultes handicapés et personnes âgées apporte un éclairage sur leur liberté de choix respective en matière de lieux de vie. L'accessibilité financière, géographique et également en termes de droits sont tour à tour étudiées. Les établissements médico-sociaux pour personnes handicapées et pour personnes âgées appartiennent tous deux au secteur médico-social. Ils sont régis par une réglementation en partie commune et sont financés par les mêmes institutions : conseils départementaux et Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), via les agences régionales de santé (ARS). Cependant, les logiques de financement sont différentes, notamment en ce qui concerne la participation des personnes. Les établissements relèvent aussi d'une logique gestionnaire distincte et ont des ancrages géographiques historiquement différenciés. La couverture du territoire par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes est ainsi beaucoup plus dense que celle par leurs homologues pour

personnes handicapées, ces derniers étant moins bien répartis. Les spécificités de chaque secteur ont des conséquences sur les personnes en matière de parcours résidentiel.es.

Roy, D. (2016). "Les personnes âgées et handicapées en France et les politiques publiques d'accompagnement." Revue Française Des Affaires Sociales(4): 23-33.

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

Différentes définitions statistiques peuvent être données pour décrire les populations concernées, les principaux dispositifs qui leur sont consacrés et la dépense publique correspondante. Sans définition unique de ce qu'est une personne handicapée nous ne pourrions estimer leur nombre en France aujourd'hui, néanmoins certaines caractéristiques sont disponibles dans cet article, par exemple, les établissements et services mais aussi les prestations et le coût de la prise en charge.

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

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

Les actes de ce séminaire rassemblent une vingtaine d'interventions qui présentent les avancées récentes de la recherche pluridisciplinaire et des pratiques dans le domaine de la prévention de la perte d'autonomie. La France a connu un engouement récent pour les stratégies prenant en compte la fragilité. Alors que les critères de maladies chroniques et de limitations fonctionnelles sont souvent relativement tardifs pour l'action, la fragilité permettrait d'intervenir suffisamment en amont chez les personnes âgées pour éviter l'incapacité, en retarder la survenue ou en diminuer les conséquences néfastes. Pourtant, les approches de la fragilité ne sont pas consensuelles. Les travaux récents en sciences humaines et sociales déplacent le débat ayant cours au sein de la géronto-gériatrie vers la prise en compte des situations de vulnérabilité des personnes âgées dans leur ensemble. Ce faisant, la compréhension de la fragilité s'élargit aux aspects économiques et sociaux mobilisant de nouveaux concepts et outils méthodologiques. Par ailleurs, les actions de prévention dépassent désormais le cadre clinique et s'inscrivent dans le champ des interventions socio-économiques des organismes de protection sociale. Quels sont les accords et désaccords de ces approches ? Où fixer les limites du concept par rapport aux dimensions cognitive, sociale et économique ? De quelles données dispose-t-on ? Qui sont ces « fragiles » ? Quelles actions sont menées et pour quel rapport coût/efficacité ? Quelles stratégies par rapport aux politiques sanitaires et sociales existantes ? En somme, quels constats et quelles perspectives pour la recherche et la décision publique.

Tenand, M. (2016). "La barrière des 60 ans dans les dispositifs de compensation des incapacités : quels effets sur les aides reçues à domicile par les populations handicapées et dépendantes ?" Revue Française Des Affaires Sociales(4): 129-155.

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

En France, près de 12% de la population adulte éprouve des difficultés à réaliser au moins une activité de la vie courante, que ces difficultés soient dues à un accident, à des malformations, à des problèmes de santé ou encore au vieillissement physiologique. Il existe des prestations qui visent à compenser

ces difficultés au quotidien, soit en finançant une partie du coût d'un hébergement dans une institution spécialisée, soit en facilitant la poursuite d'une résidence en logement ordinaire. Dans ce second cas, les prestations visent à couvrir une partie du coût induit par le recours à des aides à la vie quotidienne, techniques ou humaines. Bien que les organisations institutionnelles et les modalités en soient variables, on trouve des dispositifs de ce type dans l'ensemble des pays développés (Organisation de coopération et de développement économiques - OCDE, 2011). Les dispositifs français se distinguent toutefois de leurs voisins européens par une particularité notable, qu'on retrouve seulement en Grèce et au Royaume-Uni : depuis la fin des années 1990, les modalités de financement d'aides à domicile par les pouvoirs publics dépendent de l'âge des individus. Une personne de moins de 60 ans ayant des difficultés à accomplir seule des actes de la vie quotidienne sera considérée comme "handicapée", tandis qu'elle sera classée comme "dépendante" si ses incapacités sont reconnues après ce seuil des 60 ans.

Vanneste, D., et al. (2016). "Vivre en EHPAD : l'épreuve de la limite, entre transitions spatiales et singularités sous contrainte." *Revue Française Des Affaires Sociales*(4): 249-266.

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

À partir d'une étude de cas multiméthodes depuis une posture d'observation, nous proposons d'analyser la vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les environnements qui dessinent certains contours de l'expérience des résidents. Notre abord du phénomène subjectif et social consistant à vivre en EHPAD emprunte à la sociologie de l'intermonde (Martuccelli, 2006 ; 2010). Le façonnement de ces contours et les expériences qui y naissent focalisent notre attention sur deux questions : celle des espaces (comme lieux d'hébergement institutionnels physiquement différenciés ; comme lieux de vie, entre relations sociales et investissements subjectifs) et celle des identités. La double question des transitions spatiales et des négociations identitaires, cristallisation de l'épreuve de la vie en EHPAD, est ainsi abordée d'un lieu à l'autre. Cette circulation dans une diversité sociospatiale révèle des dynamiques relationnelles marquées par l'omniprésence de limites et le souci de personnalisation.

(2015). "Établissements d'hébergement entièrement dédiés aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer." *Lettre de L'Observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer (La)*(38)

En France, 134 établissements médico-sociaux pour personnes âgées sont entièrement dédiés aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, dont 121 EHPAD. Leur capacité moyenne est de 52 places. 81 % d'entre eux appartiennent au secteur privé. Le principal critère d'entrée des personnes malades dans les établissements entièrement dédiés, pour 83 % des établissements, est la prise en charge des troubles du comportement productifs. 78 % de ces établissements ont été construits spécialement pour accueillir des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. 82 % proposent à leurs résidents un programme d'activités individualisé. 86 % ont mis en place des horaires de lever et de coucher variables selon les habitudes des résidents. 27 % sont équipés d'une cuisine accessible aux résidents en permanence. Pour 76 % des établissements entièrement dédiés, le projet de soins spécifique et individualisé fait partie des principaux critères les caractérisant.

(2015). Mise en œuvre du PPS Paerpa : bilan à 6 mois. Saint-Denis HAS

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2583391/fr/decision-n2015-0258/dc/smacdam-du-25-novembre-2015-du-college-de-la-haute-autorite-de-sante-adoptant-le-document-intitule-mise-en-oeuvre-du-plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa-bilan-a-6-mois

Dans le cadre de la mise en œuvre des expérimentations « personnes âgées en risque de perte d'autonomie » (Paerpa), la Haute Autorité de santé a élaboré un modèle de plan personnalisé de santé (PPS). Ce document PPS formalise un plan d'action partagé qui s'adresse en priorité aux professionnels de la coordination de proximité, en concertation avec la personne. Son élaboration est placée sous la responsabilité d'un coordinateur référent du PPS, le plus souvent le médecin traitant. Le document proposé est un support qui peut être adapté par les professionnels pour tenir compte des spécificités de leur démarche. Au printemps 2013, avant que le programme Paerpa ne soit officiellement lancé, la HAS a diffusé la première version du document PPS, et a prévu de suivre son appropriation par les acteurs des projets Paerpa. Au printemps 2014, une consultation des utilisateurs professionnels du domaine sanitaire et du domaine social ou médico-social a permis d'adapter le document PPS et de proposer un questionnaire d'aide à la décision de mise en œuvre d'un PPS chez des patients de plus de 75 ans, ces documents étant mis à disposition pour le lancement opérationnel des premières expérimentations en septembre 2014. Au printemps 2015, deux ans après l'élaboration de la première version du document PPS, 6 mois après la signature des premiers PPS, la HAS a désiré tirer des enseignements de leur mise en œuvre opérationnelle. À cet effet, elle a adressé un questionnaire à des professionnels de santé des territoires participant aux expérimentations Paerpa. En 2015, l'Agence nationale de d'appui à la performance (Anap) poursuit sa mission de capitalisation à des fins de diffusion et en lien avec d'autres sujets Paerpa : coordination territoriale d'appui (CTA), liens ville-hôpital, systèmes d'information. En complément du questionnaire de la HAS, l'Anap a concomitamment questionné les pilotes Paerpa des ARS au sujet des modalités de déploiement de la démarche PPS dans les territoires participant aux expérimentations. Ce rapport fait la synthèse de ces deux retours d'expérience.

Coquelet, F. (2015). "Soins de suite et de réadaptation : les personnes de 70 ans ou plus effectuent la moitié des séjours." Études Et Résultats (Drees)(943)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er943.pdf>

Les patients de 70 ans ou plus sont les plus nombreux à effectuer des séjours hospitaliers de soins de suite et de réadaptation (SSR). En 2011, ils représentent plus de la moitié de ces séjours : 700 000 séjours pour près de 535 000 personnes, dont la moitié est âgée de 80 à 89 ans. Il s'agit en majorité d'hospitalisation complète. Les deux tiers des personnes concernées sont des femmes. Les fractures osseuses, les arthropathies, les difficultés à la marche et les démences sont les principales pathologies à l'origine de ces hospitalisations. Les patients y bénéficient d'actes de rééducation portant pour beaucoup sur la mobilisation articulaire et les déplacements. Plus des deux tiers des personnes regagnent leur domicile ou intègrent un substitut de domicile à l'issue de ce séjour.

À L'ÉTRANGER

Bellia, A., Bellini, V., Brugiavini, A., et al. (2026). "Long term care in Italy: coping with frailty and dependence". Venice, University Ca' Foscari of Venice Ca' Foscari University of Venice. Department of Economics Research Paper 03/2026

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=6247400

By employing micro-data from the SHARE survey and the ISTAT Multipurpose survey, we assess the unmet demand for long term care of older Italians and identify the groups of individuals that are at higher risk of lack of protection. We measure frailty/dependence based on an adaptation of the Katz index, which makes use of the number of limitations in the activities of daily living ADL. We propose

different models to identify the determinants of the probability of experiencing frailty in later life and introduce a novel concept of "pre-frailty". Our results indicate that lower levels of education, being a woman and residing in Southern Italy are associated with increased likelihood of being pre-frail/frail. Living alone significantly affects dependence as measured by frailty or pre-frailty at older ages. The potential demand for long-term care services is compared with the existing coverages, both public and private: a marked and widespread lack of protection emerges for people who are mostly in need, with very high potential costs for individuals, households and society at large.

Compere, W., Achou, B., De Donder, P., et al. (2026). "Les déterminants socio-démographiques de la prise en charge des personnes âgées en situation de perte d'autonomie". Toulouse, T.S.E. TSE Working Paper 1720

<https://econpapers.repec.org/paper/halwpaper/hal-05522945.htm>

Ce papier examine les principaux déterminants socio-économiques et démographiques susceptibles d'influencer la décision des individus d'offrir des soins de longue durée à leurs parents. Pour ce faire, nous nous appuyons sur des données originales issues d'une enquête menée en 2023 auprès de 2300 personnes résidant au Québec et en Ontario, âgées de 45 à 58 ans. Nous analysons successivement trois dimensions de la décision d'aide anticipée (le choix du bénéficiaire potentiel, le type de soins et l'intensité hebdomadaire envisagés) afin de saisir la complexité du processus décisionnel en amont de l'engagement dans l'aide informelle. Nous montrons que ces déterminants reposent sur des arbitrages distincts. Le choix de mode de prise en charge est principalement structuré par les contraintes organisationnelles (selon que l'aidant travaille à temps plein ou non) et la charge anticipée (selon l'espérance de vie du proche aidé), tandis que l'intensité d'aide envisagée dépend de norme de genre, des contraintes de temps (notamment liées à l'emploi à temps plein et au départ à la retraite), de l'état de santé perçu du proche et de la relation de filiation. Cette hétérogénéité souligne que la volonté d'aider ne relève ni d'une logique purement affective ni d'un calcul strictement économique.

Kim, S., Llena-Nozal, A., Milstein, R., et al. (2026). "Policies for people with dementia across OECD countries". Paris, O.C.D.E. OECD Health Working Paper 190

https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2026/01/policies-for-people-with-dementia-across-oecd-countries_5d13347a/e41e6eaa-en.pdf

Across the OECD, on average, 61 people per 1 000 population aged 65 and over were estimated to be living with dementia in 2023. This policy review provides an overview of the most recent dementia policies across 29 OECD countries and changes in the past decade. The analysis suggests that national dementia policies increasingly emphasise prevention through modifiable risks, early diagnosis, and non-pharmaceutical treatment approaches. The paper summarises approaches towards improving awareness and limited efforts to improve diagnostics. Developments in managing behavioural and psychological symptoms of dementia, along with related workforce training, are more prominent. Additionally, services and support for dementia caregivers and progress towards more coordinated and inclusive care pathways are present in most national strategies and plans.

Kim, S., Llena-nozal, A., Lorenzoni, L., et al. (2026). "How can co-ordination improve long-term care delivery?". Paris, O.C.D.E. OECD Health Working Paper 192

https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2026/02/how-can-co-ordination-improve-long-term-care-delivery_fb17d63e/38332894-en.pdf

This paper discusses different policies to improve the co-ordination of health and care services across different parts of government, providers and organisations to help individuals perform everyday

activities (long-term care, LTC). It builds primarily on four case studies: Canada (Québec), Costa Rica, France and Japan, which represent diverse LTC models at different stages of implementation. It discusses four key policy dimensions: governance, funding, workforce and mechanisms for data sharing in the LTC sector. It finds that co-ordination mechanisms are important to have adequate care provision across different sectors (horizontal coordination) and ensure alignment across different levels of governments (vertical coordination). Pooling of funds from the health and the social care sectors to the LTC system and financial incentives to reduce duplications and encourage joined-up work are also used across countries to promote care co-ordination. Countries also rely on a variety of workforce strategies to support care co-ordination, ranging from assigning care managers or co-ordinators, providing training for multidisciplinary care and setting up more structured care pathways or single-entry points for recipients to receive services or be entitled to public support for care. Ensuring shared data and interoperability of operation systems from different providers also facilitate care co-ordination and quality standards, albeit they are challenging to develop.

(2025). "Les soins de longue durée dans l'Union européenne : situation, défis et perspectives". Genève, A.I.S.S. <https://www.issa.int/analysis/long-term-care-european-union-situation-challenges-and-perspectives>

Au cours des dernières décennies, les soins de longue durée sont devenus une priorité croissante au sein des politiques de l'Union européenne (UE), sous l'effet du vieillissement démographique, des lacunes dans les services existants et de la hausse des coûts liés à la prestation de soins de qualité. Malgré cette importance croissante, les politiques et les cadres de services en matière de soins de longue durée restent moins développés que d'autres domaines de la protection sociale, tels que la santé et les retraites. Dans de nombreux pays, l'accès aux soins formels reste limité et les frontières entre soins de santé, aide sociale et soins de longue durée sont souvent floues, ce qui affaiblit la protection sociale et limite le financement public.

Andres, R. et Stoyanova, A. (2025). "Socioeconomic Inequality in Unmet Long-Term Care Needs". Barcelone, Université de Barcelone [UB Economics Working Paper 489](https://diposit.ub.edu/items/265c457b-e9ce-493b-b9b7-d5784e5500f3)

<https://diposit.ub.edu/items/265c457b-e9ce-493b-b9b7-d5784e5500f3>

Europe's rapidly ageing population poses critical challenges for long-term care (LTC) systems, particularly guaranteeing equitable access. While socio-economic disparities in LTC utilisation are well documented, inequalities in unmet needs' the gap between required and received care are less studied. Using the 2019 European Health Interview Survey for Spain, we quantify the care gap in hours and classify unmet needs as full, partial, or none. Employing the concentration index, we assess socio-economic inequalities in unmet needs, stratified by eligibility for publicly funded LTC and by limitation severity (number of ADL limitations). We find a pronounced pro-poor concentration of the care gap, disproportionately affecting women, individuals living alone, and the oldest-old. Among individuals below the eligibility threshold, inequality is not statistically significant; however, it becomes substantial among those who are eligible and increases with the severity of limitations. Our decomposition analysis reveals that health status, income, and living arrangement explain most of the observed inequality. Notably, among eligible individuals with more severe ADL limitations, living arrangement emerges as the largest contributor. These results point to the need to reduce inequalities that disproportionately affect those in the bottom socio-economic strata and address disparities through more effective resource allocation and targeted policy interventions. By providing a granular measure of unmet LTC need and its socio-economic determinants, this study contributes to the broader discussion on fairness and efficiency of LTC provision in ageing societies.

Bertani, M. et Chen, Y. (2025). "Long-Term Care Governance in China and Italy. From State-Led Pilots to Familistic Fragmentation". Venice, University Ca' Foscari of Venice [Ca' Foscari University of Venice](http://www.unive.it). Department of Economics Research Paper 27/WP/2025

https://www.unive.it/web/fileadmin/user_upload/dipartimenti/DEC/doc/Pubblicazioni_scientifiche/working_papers/2025/WP_DSE_bertani_chen_27_25.pdf

This paper comparatively analyzes the long-term care (LTC) systems in China and Italy, two countries experiencing profound demographic shifts with rapidly aging populations. While both nations face the common challenge of providing sustainable and adequate care for an increasing number of older adults, their regulations and policy responses diverge significantly, shaped by distinct socio-economic contexts, welfare regimes, and cultural norms. Italy, representing a Southern European welfare model, has historically relied on a fragmented system characterized by familial support, supplemented by cash-for-care benefits and a significant influx of migrant care workers. In contrast, China is in the process of constructing its LTC system, moving from a tradition of family-based care towards a state-led, multi-pillar framework that includes social insurance experiments, private sector engagement, and the integration of health and social care. This paper examines the evolution of LTC policies in both countries, analyzing the drivers behind their different strategic choices. By contrasting the Italian model of "familism by default" with China's top-down, experimental approach, we highlight the respective strengths and weaknesses of each system. The analysis concludes that while no single model is universally applicable, a cross-national comparison offers valuable insights for policymakers grappling with the global challenge of providing sustainable and equitable long-term care in an aging world.

Cylus, J., Wharton, G. et Carrino, L. (2025). "The Care Dividend: Why and How Countries Should Invest in Long-Term Care". Cambridge, Cambridge University Press

<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/the-care-dividend-why-and-how-countries-should-invest-in-long-term-care>

Long-term care often falls by the wayside in national policy dialogues. In some countries cultural norms compel families to look after older people at home. Some pundits may look at rising health care costs and argue that the public sector cannot shoulder more care responsibilities by expanding access to long-term care. Public long-term care systems are best placed to meet the needs of the present and the future than families. Yet in most countries, chronic underinvestment has left formal long-term care systems bereft of the resources needed to meet existing needs, let alone those of the future. Against this backdrop, the aim of this book is to set out the arguments, grounded in theory and evidence, for increased public investment in high-quality, universally accessible long-term care. Strong long-term care systems benefit everyone: households, economies, health systems, and societies. Experts from around the world provide a compelling case for why and how governments can (and should) take action.

Famira-Muhlberger, U., Horvath, T. et Leoni, T. (2025). "How Do Rising Care Needs Impact the Formal and Informal Care Sectors and Existing Inequalities? : Comparing Austria and Spain". Vienne, Austrian Institute of Economic Research [WIFO Working Paper 700/2025](http://www.wifo.ac.at)

<https://www.wifo.ac.at/publication/422598>

As populations in Asia and Europe face unprecedented levels of ageing, the demand for long-term care (LTC) is escalating, thereby challenging the sustainability of social protection systems. This paper employs a novel dynamic microsimulation model to project LTC demand and supply in Austria and Spain through 2070, utilising data from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). The findings of the study indicate that, in the context of the current demographic trends,

both Austria and Spain are on course to experience an approximate 90 percent increase in the number of LTC hours required. This increase is primarily driven by improved mortality rates and shifts in population age structures. The model applies a stylized needs assessment and reveals that while the proportion of individuals needing care may decrease until 2040, significant increases in care gaps are anticipated thereafter, necessitating a substantial increase in both formal and informal care provision. The analysis further underscores pronounced variations in care delivery models across the two nations. While Austria places greater emphasis on formal care, Spain's system is marked by a more pronounced reliance on informal care. The analysis suggests that both countries will encounter difficulties in meeting the increasing demand, with the gap between care needs and available hours more than doubling, particularly in Spain. Furthermore, educational attainment plays a crucial role in shaping future care needs, with potential strategies to mitigate demand through enhanced educational opportunities. The scenarios presented demonstrate the sensitivity of LTC needs to assumptions about health trends, emphasising the importance of proactive policy measures tailored to each country's socio-cultural context. The findings of this study indicate a necessity for augmented public funding for formal care services, the implementation of supportive policies for informal caregivers, and the adoption of collaborative approaches among stakeholders to establish sustainable and equitable solutions to the challenges posed by long-term care. The study acknowledges limitations related to data and modelling choices and suggests avenues for further research on the interplay between education, health improvements, and the evolving dynamics of care provision.

Herr, A., Luckmann, M. et Reichert, A. (2025). "The Rise of Person-centered Care: Effects of Single-Room Nursing Home Quotas on Long-Term Care". Hannover, Hannover Medical School [Hannover Economic Papers \(HEP\) dp-734](#)

<https://ideas.repec.org/p/han/dpaper/dp-734.html>

This study examines the implications of the rising person-centered care model on the long-term care market, specifically focusing on the promotion of higher single-room occupancy in nursing homes. We exploit the staggered implementation of a state-level policy that requires nursing homes to meet single-room quotas, forcing many long-term care providers to convert multiresident rooms into single-occupancy rooms. Our difference-in-differences analyses are based on data from the German Care Statistics covering the period between 2007 and 2019. These data offer detailed insights into the universe of individuals needing care, their specific care arrangements, and all nursing home facilities in the country. Our results indicate that the policy significantly decreases the likelihood of individuals in severe need of care securing a bed in a nursing home. The likelihood of individuals receiving professional home health care remains unchanged by the policy. We observe, however, a notable increase in the proportion of people in severe need of care in informal home care. The policy generates substantial direct net fiscal gains for long-term care insurance and local communities. These likely exceed potential indirect fiscal costs that may arise, for instance, due to reduced income tax revenues for federal and national governments resulting from lower labor supply among informal caregivers.

Kesternich, I., Romahn, A. et Van Biesebroeck, J. (2025). "Cash or Care? Insights from the German Long-Term Care System". Munich, CESifo [CESifo Working Paper 11875](#)

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5254204

The German universal long-term care (LTC) insurance program offers beneficiaries the choice between in-kind services and a cash benefit, which can be used for anything, including informal care. The optimal level of the cash benefit depends on substitution between formal and informal care options, the cost of public funds, and distributional considerations. To evaluate various policy options, we

estimate a random-coefficients demand model for the period 1999-2015 using data on the universe of LTC patients supplemented with micro moments from the German Mikrozensus. Results show strong heterogeneity in patient preferences for the three different LTC options: informal, ambulatory and stationary care. A counterfactual analysis predicts that abolishing the cash subsidy leads to a decline in patient surplus that far outweighs the savings in public expenditure. It suggests that many countries could benefit from the introduction of a cash subsidy option for LTC.

(2025). "Prise en charge des personnes âgées et organisation de l'hôpital en Allemagne et au Danemark". Paris, Sénat Rapport d'information 243

https://www.senat.fr/rap/r24-243/r24-243_mono.html

Une délégation de la commission des affaires sociales s'est rendue en Allemagne, à Berlin, et au Danemark, à Copenhague, en avril 2024, sur les thèmes de l'hôpital et de la prise en charge des personnes âgées. Concernant la santé, la mission s'est intéressée aux projets de transformation de l'offre hospitalière face aux contraintes de raréfaction des ressources et d'équilibre territorial. Si l'Allemagne a engagé une réforme de l'organisation et du financement de son système hospitalier, le Danemark a confirmé en 2024 la rationalisation conduite depuis la réforme structurelle de 2007, avec une forte spécialisation des hôpitaux. Dans le champ de l'accompagnement et de la prise en charge du grand âge, s'ils affichent tous deux une préférence pour le domicile, les deux pays abordent le défi du vieillissement avec deux philosophies éloignées. Alors que l'Allemagne a fait le choix d'une assurance obligatoire finançant principalement une prestation monétaire, le Danemark s'illustre par une prise en charge universelle et par l'accent mis sur la prévention.

Sugawara, S. et Aiura, H. (2025). "Does Decentralization Work Under Declining Local Population? Evaluation of Japanese Long-Term Care Policy". Rochester, S.S.R.N.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5130407

We evaluate a decentralization policy for public long-term care insurance in Japan, where the aging-related population decline has created challenges for local authorities. The policy shifted the responsibility of setting the content and prices of covered care services from the central government to municipalities and deregulated staff qualification requirements to cut costs. Using a staggered difference-indifferences approach and nationally-representative individual-level data, we find a 2.8% reduction in expenditures and a 133% increase in worse care-need transitions post-policy. These results imply that the flexibility gained through decentralization is offset by a decline in care quality, particularly in resource-limited areas.

Geyer, J. et Haan, P. (2024). "The Impact of Macroeconomic Conditions on Long-Term Care: Evidence on Prices". Bonn, I.Z.A. [IZA Discussion Paper 17197](#)

<https://docs.iza.org/dp17197.pdf>

The price for institutional long-term care is a central determinant of the demand for formal and informal long-term care. In this paper, we show how macroeconomic conditions affect these prices. The analysis is based on administrative data that contains rich information on the universe of nursing homes and ambulatory care services and about all recipients of long-term care benefits in Germany. For identification, we exploit variation in macroeconomic conditions measured by the unemployment rate across districts and over time, applying a panel data approach with facility and time fixed effects. Our empirical results show that a higher unemployment rate increases prices for permanent long-term

care as well as for prices of accommodation and meals in nursing homes. We provide empirical evidence for the mechanism of these price effects. While we find that employment, working hours, and quality of care in nursing homes are not significantly affected by macroeconomic conditions, our results show that a higher unemployment rate increases the price of nursing homes through a change in the composition of patients: it induces a shift from care recipients with a low degree of impairment to patients with high demands for labor-intensive care. We also document a substitution of low-impairment care from nursing homes toward ambulatory and informal home care.

HCFEA (2024). "Grands courants d'approche de l'autonomie des personnes âgées vulnérables dans les pays confrontés au vieillissement de leur population". Paris, H.C.F.E.A.
https://www.hcfea.fr/IMG/pdf/eclair_age_i_grands_courants_d_approche_de_l_autonomie_des_personnes_agees_vulnerables_dans_les_pays_confrontes_au_vieillissement_de_leur_population_i_janvier_2024.pdf

Les travaux conduits en 2023 par le conseil de l'âge du HCFEA portent sur les éléments conditionnant, pour les personnes âgées vulnérables, le bien-vivre et bien-vieillir à domicile. Les perspectives démographiques et la volonté d'un virage domiciliaire très ambitieux rendent en effet nécessaire l'analyse de l'adéquation de la réponse apportée aujourd'hui aux besoins et aux aspirations de ces personnes et l'identification des progrès qui pourraient être réalisés dans ce domaine.

Hougaard Jensen, S. e., Pinkus, D. et Ruer, N. (2024). "Long-term care policies in practice- A European perspective". Bruxelles, Bruegel [Bruegel Working Paper 21/2024](https://www.bruegel.org/sites/default/files/2024-12/WP%20Full%20Paper_DavidandNina.pdf)

https://www.bruegel.org/sites/default/files/2024-12/WP%20Full%20Paper_DavidandNina.pdf

This paper offers a comprehensive study of the long-term care (LTC) systems in Germany, France, Slovenia, Italy and Denmark. In many EU countries, the demand for LTC services already exceeds supply. Without major reforms, this 'care gap' is likely to widen further because of population ageing. This paper highlights a number of recent reforms to reduce this care gap by affecting the demand for and supply of long-term care services. We find that most measures to increase the supply of formal LTC services focus on workforce attractiveness. By examining recent policy efforts and reforms, we aim to understand in which direction LTC policy is going, and to showcase measures to prepare for the future increase in demand for care.

Achou, B., Donder, P. d., Minjoon, L., et al. (2023). "At Home versus in a Nursing Home: Long-term Care Settings and Marginal Utility". Montréal, C.I.R.A.N.O. [Cirano Working Paper 2023s-14](https://ideas.repec.org/p/cir/cirwor/2023s-14.html)

<https://ideas.repec.org/p/cir/cirwor/2023s-14.html>

Marginal utility of financial resources when needing long-term care, and the related incentives for precautionary savings and insurance, may vary significantly by whether one receives care at home or in a nursing home. In this paper, we develop strategic survey questions to estimate those differences. All else equal, we find that the marginal utility is significantly higher when receiving care at home rather than in a nursing home. We then use these estimates within a quantitative life cycle model to evaluate the impact of the expected choice of care setting (home versus nursing home) on precautionary savings and insurance valuation. The estimated marginal utility differences imply a significant increase in the incentives to save when expecting to receive care at home. Larger incentives to self-insure also translate to a higher valuation of additional subsidies for home care than for nursing homes, shedding light on an efficient way to expand public long-term care subsidies. We also examine how the magnitude of our results quantitatively vary with the existing public long-term care subsidies. L'utilité marginale des ressources financières lorsque les personnes nécessitent des soins de longue durée (ainsi que les incitations à épargner et à s'assurer en découlant) peuvent varier substantiellement suivant que les personnes reçoivent ces soins à la maison ou en CHSLD. Dans ce

travail, nous développons un sondage en vue d'évaluer ces différences. Toute chose égale par ailleurs, nous montrons que l'utilité marginale des ressources financières est plus élevée pour ceux qui restent chez eux plutôt que d'être en institution. Nos estimés sont ensuite utilisés dans un modèle de cycle de vie de manière à quantifier l'impact d'un choix de résidence spécifique sur l'épargne de précaution et la valorisation de l'assurance. Les différences d'utilité marginale des ressources impliquent que les personnes prévoyant de recevoir des soins à domicile ont des incitatifs plus fortes à épargner. Des incitatifs plus élevés à s'assurer se traduisent par une valorisation plus importante de subventions publiques additionnelles pour les soins à domicile (plutôt qu'en CHSLD), qui devraient donc être privilégiées par les autorités. L'étude examine également comment ces résultats varient en fonction du montant des subventions aux soins de longue durée déjà existantes.

Bakx, P. et Van Doorslaer, E. (2023). "Long-term care in the Netherlands". Cambridge, N.B.E.R. [NBER Working Paper 31823](#)

<https://www.nber.org/papers/w31823>

We describe the financing and use of long-term care in the Netherlands. Public long-term care insurance is universal and comprehensive; user fees are low compared to other countries. We use linked survey and administrative data to document the distribution of the need for long-term care in the 65+ population, long-term care costs and how they are paid for. The findings reveal that no other country spends more per capita on publicly financed formal care than The Netherlands. A potential reason is that the threshold to receive formal care appears to be lower in the Netherlands than in other countries. Still, a considerable share of the adult population provides informal care. Caregiving is concentrated in specific demographic groups. The costs of informal care provision are considerable, but as a share of total spending on long term care they are smaller than in most developed countries. Adding the costs of informal care to formal care expenditures changes the view on who bears the costs of long-term care.

Banks, J. (2023). "Long-term Care in England". Cambridge, N.B.E.R. [NBER Working Paper 31829](#)

<https://www.nber.org/papers/w31829>

Japan, renowned for its significantly aged population, presents a distinctive landscape in elderly care. Notably, there exists no apparent correlation between the economic well-being of the elderly and the limitations they experience in Activities of Daily Living (ADLs) and Instrumental Activities of Daily Living (IADLs). In response to the escalating demand for elderly care, Japan introduced the public Long-Term Care Insurance (LTCI) system in 2000. This comprehensive program offers a wide spectrum of long-term care services, aiming to facilitate aging in place for seniors and alleviate the burdens on informal caregivers. Nevertheless, the LTCI system faces substantial challenges, predominantly related to financial sustainability and a shortage of human resources. Ongoing discussions center on achieving cost-effective service delivery, potential adjustments to premium rates and copayments, especially for individuals with ample financial resources or minimal care needs. Furthermore, debates surround the reduction of the age of eligibility for LTCI, with opposition stemming from intricate financial and structural considerations. Japan grapples with a deficiency of social security contributors and skilled care workers, necessitating endeavors to enhance labor force participation and foster innovation in the long-term care sector. Japan's LTCI system offers invaluable insights for countries grappling with akin demographic and care-related predicaments.

Brugiavini, A. (2023). "Long-term Care in Italy". Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper 31861

<https://www.nber.org/papers/w31861>

The provision of long-term care (LTC) for senior citizens in Italy is at the center of the recent policy debate. Italy has witnessed a spectacular increase in the share of people aged 65 and over and in particular of people aged 80 and over, which could translate in large increases in the number of people in need of care. We show that individuals who are in need of LTC have lower economic resources than the average, so that many frail older people have little financial means to pay out-of-pocket for formal care. In fact, publicly provided care is highly fragmented, with stark differences emerging in terms of coverage and generosity across Italian regions. Hence, the supply of LTC is relying heavily on the informal support of members of the family, especially women, at the same time formal care is characterised by a significant underground economy of unskilled carers.

Grignon, M. et Hothi, H. (2023). "Life and Death in Long-Term Care: Are We Learning the Wrong Lessons from COVID-19?". Montréal, I.R.P.P. IRPP Study 89

<https://irpp.org/research-studies/life-and-death-in-long-term-care-are-we-learning-the-wrong-lessons-from-covid-19/>

This report assesses excess mortality in long-term care homes during the pandemic (measuring the change in differential mortality between 2018, a non-pandemic year, and the first wave of the pandemic in 2020) concluded that one third of the excess deaths were linked to the way institutions are organized and funded, such as crowding, and a lack of adequate staffing and prevention and control practices. The remainder are attributed to factors outside institutional control, including the higher COVID-related mortality risk among residents with certain underlying illnesses.

Gruber, J. (2023). "Long-term Care Around the World". Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper 31882

<https://www.nber.org/papers/w31882>

The developed world is in the midst of an enormous demographic transition, with life expectancy increasing and fertility falling, leading to a rapid aging of the population. This trend has critical implications for long-term care around the world. This paper serves as the introduction to a volume that brings together experts from ten countries to compare long term care systems. We find a number of important similarities: only a minority of those elderly receiving assistance rely solely on formal care (i.e. care in an institution or through paid home care) while the majority of care is provided informally by family or other unpaid caregivers; without public support, the cost of long-term care would be beyond the financial means of a large fraction of the elderly in each country, particularly for the oldest and most disabled; and the public sector bears the majority of the costs of formal long-term care in every country. There are, however, important differences across countries, particularly in the extent to which formal care is delivered in institutions or at home, and in the division between the use of formal and informal care. Given the importance of informal care across all countries studied, we conclude that any estimate of the social costs of long-term care must account for the implicit costs of informal care. In undertaking such an evaluation of informal care, we find that it comprises at least one-third of all long-term care spending for all countries studied, with an average portion of nearly fifty percent.

Gruber, J. (2023). "Long-Term Care in the United States". Cambridge, N.B.E.R. [NBER Working Paper 31881](https://www.nber.org/papers/w31881)
<https://www.nber.org/papers/w31881>

The population of the United States, as with the rest of the world, is aging rapidly, with the most rapid growth occurring among the age 85 and older population, those who rely most on long-term care. In this chapter, we review the delivery and financing of long-term care in the U.S. We show that the resources of most elderly in the U.S. are insufficient to finance these ongoing long-term care needs and the public sector finances the majority of long-term care spending. At the same time, informal care plays a critical role, with the elderly at every age and every disability level receiving informal care more frequently than formal care. Indeed, when properly valued, informal care accounts for more than one-third of the nearly 2 percent of U.S. GDP devoted to long-term care.

Aveline-dubach, N. (2022). "Financializing nursing homes? The uneven development of health care REITs in France, the United Kingdom and Japan". Londres, Sage Publications

<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-03549729/document>

Le vieillissement de la population a conduit à la création de foncières de santé cotées ("Healthcare REITs" ou HC-REITs) pour accroître l'offre de maisons de retraite médicalisées, mais ces initiatives ont connu un inégal succès selon les pays. Cet article articule deux courants indépendants de recherche sur la financiarisation, portant sur la protection sociale et sur le cadre bâti, pour analyser les géographies inégales des HC-REIT dans trois pays: en France, au Royaume-Uni et au Japon. Il est fait l'hypothèse que le processus de titrisation des maisons de retraite médicalisées est façonné dans chaque contexte national par la combinaison de trois facteurs: 1) le régime des retraites; 2) les politiques publiques relatives aux soins de longue durée en institution; 3) les relations de pouvoir entre les HC-REITs et les prestataires de soins. S'appuyant sur des enquêtes auprès d'une variété d'acteurs, l'article démontre que les régimes de protection sociale dits "libéraux" comme au Royaume-Uni présentent un profil particulièrement attrayant pour les investisseurs de HC-REITs en raison de l'état avancé de la financiarisation des retraites, du désengagement significatif de l'État dans la fourniture de soins de longue durée et des réglementations favorables aux REITs pour les opérations d'investissement et la contractualisation des baux. Ces évolutions encouragent le placement de l'épargne, notamment liées aux retraites via les fonds de pension, dans les marchés de niche tels que les HC-REITs. Il s'ensuit une captation croissante des patrimoines immobiliers des personnes âgées dépendantes par ces structures d'investissement financier. En établissant un lien entre les régimes de protection sociale et les conditions d'hébergement des personnes âgées, cet article apporte un éclairage aux débats actuels sur l'économie politique de la financiarisation de l'immobilier, tout en soulignant la nécessité d'un soutien public continu aux soins de longue durée en institution.

Clavet, N. j., Hebert, R., Michaud, P. c., et al. (2022). "The future of long-term care in Quebec: what are the cost savings from a realistic shift towards more home care?". Montréal, C.I.R.A.N.O. [Cahier scientifique 2022s-09](https://cirano.gc.ca/files/publications/2022s-09)

<https://cirano.gc.ca/files/publications/2022s-09.pdf>

Cet article vise à estimer les besoins et les dépenses futurs en matière de soins de longue durée au Québec, tout en proposant et en évaluant un ensemble de réformes susceptibles d'offrir une couverture accrue et d'être plus viables financièrement que la politique actuelle. Cet ensemble de réformes consiste en un changement vers une utilisation plus intensive des soins à domicile tout en augmentant la couverture publique des besoins en soins. Un élément clé de la réforme proposée est d'améliorer la capacité des utilisateurs à choisir leur prestataire avec la création d'un compte de soins pour les personnes âgées, un compte qui permet aux personnes dans le besoin d'acheter des services auprès de plusieurs prestataires, y compris des soins à domicile et en institution. Pour améliorer la

neutralité de l'aide publique entre les différents modes de prise en charge, nous proposons également d'augmenter la contribution des résidents dans les maisons de retraite tout en favorisant le maintien de l'utilisation des crédits d'impôt existants pour aider les personnes âgées ayant des besoins moindres en termes de soins. À l'aide d'une modélisation dynamique détaillée des besoins en soins, des modalités de vie et des dépenses, nous estimons que les besoins en soins de longue durée vont croître rapidement au cours des deux prochaines décennies et que les coûts deviendront rapidement prohibitifs dans le cadre de la politique actuelle. Nous montrons que des économies substantielles peuvent être réalisées.

Hébert, R. (2022). "Les soins et services aux personnes âgées au Québec." Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance - Maladie (JDSAM) N° 31(1): 62-68.

<https://droit.cairn.info/revue-journal-du-droit-de-la-sante-et-de-l-assurance-maladie-2022-1-page-62>

Le Québec présente un vieillissement accéléré de sa population. Son système de soins, élaboré dans les années soixante, est de type beveridgien financé par les impôts et dont les prestataires sont surtout des organisations publiques. Le Québec compte plusieurs atouts pour répondre aux besoins d'une population âgée : intégration du sanitaire et du social, établissements publics dédiés aux services de première ligne et aux soins à domicile (CLSC), mécanisme d'intégration des services éprouvé. Cependant, au cours des vingt dernières années, des réformes de structures successives ont créé des établissements régionaux regroupant toutes les missions de santé et services sociaux autour des hôpitaux. Ces réformes ont marginalisé les services aux personnes âgées et, paradoxalement, fragilisé les mécanismes d'intégration des services. La pandémie a illustré de façon tragique la nécessité d'améliorer les services aux personnes âgées à domicile et en institutions, de décentraliser les structures et de réformer le financement des services de longue durée.

Jimenez-Martin, S., Costa-Font, J., Vilaplana-Prieto, C., et al. (2022). "Long-term Care in Spain". Madrid, F.E.D.E.A.

<https://documentos.fedea.net/#documento/eee2022-23>

This paper is part of an international effort to review the characteristics of Long Term Care in many developed countries. The provision of care for older age adults in Spain has greatly developed after the introduction of SAAD in 2007, which has expanded care universally under need criteria alone. As a consequence, LTC expenditure as % of GDP has increased from 0.5% (2003) to nearly 0.9% (2019) where private insurance for LTC plays a negligible role. As other long term care systems, the Spanish system still relies heavily on informal care. Replacing informal caregivers with personal home help services would imply a rise in care expenditure of 2.3%-3.8% of GDP. Caregiving allowances have benefitted about 50% of SAAD beneficiaries. Finally, the majority of caregivers in both the formal (83%) and informal (65%) sectors are women.

Kotschy, R. et Bloom, D. e. (2022). "A Comparative Perspective on Long-Term Care Systems". Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper 29951

<https://www.nber.org/papers/w29951>

This paper investigates challenges of aging for long-term care. Our analysis proceeds in three steps. In the first step, we estimate the prospective care demand for 30 developed countries based on projected aging and disabilities among the elderly. In the second step, we outline challenges for care systems with respect to shortages of care workers, increasing skill requirements for care workers, barriers to universal and equitable access to care, and cost containment subject to adequate care

quality. In the third step, we identify solutions for these challenges by comparing the care systems of Germany, Israel, Japan, the Netherlands, and South Korea.

(2021). "Long-term care report: Trends, challenges and opportunities in an ageing society. Volume 1". Bruxelles, Commission Européenne

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=8396>

Le rapport examine les systèmes de soins de longue durée pour les personnes âgées de 65 ans ou plus dans les 27 États membres de l'UE. L'expansion des politiques de soins de longue durée doit faire face à un trilemme : garantir une couverture adéquate des besoins par des services formels abordables et de haute qualité ; déterminer dans quelle mesure la satisfaction des besoins en soins de longue durée dépend des aidants informels, tout en veillant à ce que les soins informels restent un choix et non une nécessité et à ce que les aidants informels soient soutenus de manière adéquate ; et chercher à intensifier les investissements et les réformes à un moment où les budgets publics sont sous pression et ne peuvent pas être facilement étendus. Le rapport montre que les États membres de l'UE répondent différemment à ce trilemme des soins de longue durée et identifie plusieurs modèles de protection sociale pour les soins de longue durée qui ressortent de l'analyse.

(2021). "Public and Private Sector Relationships in Long-term Care and Healthcare Insurance". Paris, O.C.D.E. https://www.oecd.org/en/publications/public-and-private-sector-relationships-in-long-term-care-and-healthcare-insurance_a460ce0b-en.html

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.

Achou, B., De Donder, P., Glenzer, F., et al. (2021). "Nursing home aversion post-pandemic: Implications for savings and long-term care policy". Toulouse, T.S.E. [Working Paper 1249](#)

<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03429528/document>

COVID-19 outbreaks at nursing homes during the recent pandemic, which received ample media coverage, may have lasting negative impacts on individuals' perceptions regarding nursing homes. We argue that this could have sizable and persistent implications for savings and long-term care policies. We first develop a theoretical model predicting that higher nursing home aversion should induce higher savings and stronger support for policies subsidizing home care. We further document, based on a survey on Canadians in their 50s and 60s, that higher nursing home aversion is widespread: 72% of respondents are less inclined to enter a nursing home because of the pandemic. Consistent with our model, we find that the latter are much more likely to have higher intended savings for older age because of the pandemic. We also find that they are more likely to strongly support home care subsidies.

Ariaans, M., Linden, P. et Wendt, C. (2021). "Worlds of Long-Term Care: A Typology of OECD Countries." [Health Policy\(Ahead of pub\)](#).

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.02.009>

Providing long-term care (LTC) to the elderly is a major challenge for the welfare state. LTC systems differ widely among countries. Due to recent maturation, economization, and marketization processes, earlier LTC comparisons and typologies are no longer suitable to give a comprehensive overview of LTC systems and their major characteristics. In this paper we introduce a new typology of LTC systems in the OECD world, based on most recent OECD data and a unique set of institutional indicators. This typology aims to make LTC systems more comparable to welfare state and healthcare system typologies and thereby improve our understanding of how long-term care is embedded in the wider welfare state and how it is related to other welfare state institutions. Based on 24 cluster analyses, we identify six (method-driven) and nine LTC types (content-driven), which can be adapted in future studies according to the needs. In the six-types solution, we suggest a public supply type (e.g., Sweden), a private supply type (e.g., Germany), a residual public type (e.g., Poland), an evolving public supply type (e.g., Korea), a need-based supply type (e.g., Switzerland), and an evolving need-based type (e.g., United States).

Barber, S. I., Vangool, K., Wise, S., et al. (2021). "Pricing long-term care for older persons". Copenhagen, O.M.S. Bureau régional de l'Europe

<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.

Costa-font, J. et Raut, N. (2021). "Long-Term Care Partnership Effects on Medicaid and Private Insurance". Bonn, I.Z.A. [IZA Discussion Paper 14753](#)

<http://ftp.iza.org/dp14753.pdf>

Can the expansion of Medicaid, a means-tested health and long-term care insurance, be slowed down by incentivising the purchase of private long-term care insurance (LTCI)? We study the implementation of the long-term care insurance partnership (LTCIP) program, a joint federal and state-level program that intended to promote LTCI coverage. Drawing on a difference-in-differences (DD) design we study the effect of the rollout of the LTCIP program between 2005 and 2016 on both LTCI uptake and Medicaid eligibility, and we estimate the effect on Medicaid savings. Drawing on a difference-in-differences (DD) design, we find that, unlike previous estimates, the introduction of the LTCIP does significantly increase LTCI coverage and reduce the uptake of Medicaid. The effects are driven by the introduction of LTCIP in states after 2010. We estimate that the adoption of LTCIP has given rise to an average Medicaid saving of \$36 for every 65-year-old. This suggests scope for LTCI arrangements to reduce Medicaid spending.

Normand, C., May, P., Johnston, B., et al. (2021). "Health and social care near the end of life". Copenhagen O.M.S. Bureau régional de l'Europe

<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/health-and-social-care-near-the-end-of-life-can-policies-reduce-costs-and-improve-outcomes>

This brief reviews the evidence on health and social care needs and expenditures at the end of life. End of life costs are the main reason for high per person spending levels observed at older ages in many European countries. However, there is huge variation between individuals, with estimates suggesting that just 10% of people near the end of life are responsible for over 60% of total end of life health and social care expenditures. High-cost individuals tend to be frail people with multiple chronic illnesses who use considerable hospital and social care services. In most European countries, there will be large increases in annual deaths in the coming years as the 'baby boom' generation ages and improved survival ultimately leads to more deaths each year. This will inevitably lead to growth in end of life needs and, ultimately, spending levels. However, there are a number of strategies available to address these challenges. Some end of life needs can be reduced with more active public health measures and active rehabilitation, much of which can be very cost-effective. More active assessment of care needs can also significantly improve the experiences of patients and families, reduce unnecessary tests and interventions, will not shorten survival, and can help to limit the growth in costs.

(2020). "A Health Care: VA Faces Challenges in Meeting Demand for Long-Term Care". Washington, G.A.O. <https://www.gao.gov/products/GAO-20-463T>

The Department of Veterans Affairs (VA) provides or purchases long-term care for eligible veterans through 14 long-term care programs in institutional settings like nursing homes and noninstitutional settings like veterans' homes. From fiscal years 2014 through 2018, VA data show that the number of veterans receiving long-term care in these programs increased 14 percent (from 464,071 to 530,327 veterans), and obligations for the programs increased 33 percent (from \$6.8 to \$9.1 billion). VA projects demand for long-term care will continue to increase, driven in part by growing numbers of aging veterans and veterans with service-connected disabilities. Expenditures for long-term care are projected to double by 2037, as shown below. According to VA officials, VA plans to expand veterans' access to noninstitutional programs, when appropriate, to prevent or delay nursing home care and to reduce costs.

Albuquerque, P. c. (2020). "Need, unmet need, and shortage in the long-term care market". Lisbonne, I.S.E.G. Working Paper 2020/01

<https://ideas.repec.org/p/ise/isegwp/wp012020.html>

The objective of this study is to understand the extent of the unmet need for care, the need for more formal care, and the existence of a shortage in the long-term care market, in Portugal, whilst conveniently differentiating these concepts.

Atal, J. P., Fang, H. et Karlsson, M. (2020). "Long-Term Health Insurance: Theory Meets Evidence". Cambridge, N.B.E.R. NBER Working Paper 26870

<https://www.nber.org/papers/w26870>

To insure policyholders against contemporaneous health expenditure shocks and future reclassification risk, long-term health insurance constitutes an alternative to community-rated short-term contracts with an individual mandate. Relying on unique claims panel data from a large private insurer in Germany, we study a real-world long-term health insurance application with a life-cycle perspective. We show that German long-term health insurance (GLTHI) achieves substantial welfare gains compared to a series of risk-rated short-term contracts. Although, by its simple design, the

premium setting of GLTHI contract departs significantly from the optimal dynamic contract, surprisingly we only find modest welfare differences between the two. Finally, we conduct counterfactual policy experiments to illustrate the welfare consequences of integrating GLTHI into a system with a "Medicare-like" public insurance that covers people above 65.

Bienassis, K. d., Llena-nozal, A. et Klazinga, N. (2020). "The economics of patient safety Part III: Long-term care: Valuing safety for the long haul". Paris, O.C.D.E. [OECD Health Working Paper 121](#)

Long-term care (LTC) institutions are now providing care to a greater number of people, and more residents with chronic conditions and multiple co-morbidities, than ever before. Trends suggest this strain will continue to increase as OECD populations continue to age. The total cost of avoidable admissions to hospitals from LTC facilities in 2016 was almost USD 18 Billion, equivalent to 2.5% of all spending on hospital inpatient care or 4.4% of all spending on LTC. Research shows that over half of the harm that occurs in LTC is preventable, and over 40% of admissions to hospitals from LTC are avoidable. The root causes of these events can be addressed through improved prevention and safety practices and workforce development—including skill-mix and education. Targeted investments in a number of key areas can have a significant impact by mitigating the main cost drivers of adverse events in LTC.

Gandal, M., Yonas, M., Feldman, M., et al. (2020). "Long-Term Care Facilities As a Risk Factor for Death Due to COVID-19: Evidence from European Countries and U.S. States". Tel Aviv, Tel Aviv University

A large percentage of the deaths from Covid-19 occur among residents of long-term care facilities. There are two possible reasons for this phenomenon. First, the structural features of such settings may lead to death. Alternatively, it is possible that individuals in these facilities are in poorer health than those living elsewhere, and that these individuals would have died even if they had not been in these facilities. Our findings show that, controlling for the population density and the percentage of older adults in the population, there is a significant positive association between the number of long-term care beds per capita and Covid-19 mortality rates. This finding provides support for the claim that long-term care living arrangements (of older people) are a significant risk factor for dying from Covid-19

Grant, I., Kesternich, I. et Van Biesebroeck, J. (2020). "Entry decisions and asymmetric competition between non-profit and for-profit homes in the long-term care market". Louvain-la-Neuve, Université Catholique de Louvain [Discussion Paper Series DPS20.03](#)

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:ete:ceswps:652689&r=age>

Mostly due to population aging, the demand for long-term care (LTC) services is growing strongly. Historically, non-profit nursing homes dominated the German LTC market, but the recent entry wave was tilted towards for-profit competitors. Using a rich administrative dataset on all LTC facilities in Germany, we examine strategic interaction between these two ownership types in a static entry model. The estimates of competitive effects imply that non-profit and for-profit homes are substitutes, but competition is much stronger within-type, suggesting that they provide differentiated products. For-profit homes in particular act as if they operate in a different market segment, but over time their entry behavior has converged to that of the more established non-profits. Counterfactual simulations of proposed changes in government policy suggest a large impact on the fraction of markets that remain unserved or only served by a single type.

(2016). Discharging older patients from hospital. Londres NAO

<https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2015/12/Discharging-older-patients-from-hospital.pdf>

There are currently far too many older people in hospitals who do not need to be there. Without radical action, this problem will worsen and add further financial strain to the NHS and local government. This report examines how effectively the health and social care system is managing the discharge of older patients from hospital, in particular: the scale of delays that older patients experience in hospital ; the extent to which health and social care providers are adopting good practice in discharging older patients and barriers to local health and social care systems working effectively.

Humphries, R., et al. (2016). Social care for older people. Home truths. Londres King's Fund Institute

<http://www.kingsfund.org.uk/publications/social-care-older-people>

This report looks at the current state of social care services for older people in England, through a combination of national data and interviews with local authorities, NHS and private providers, Healthwatch and other groups. It considers the impact of cuts in local authority spending on social care providers and on older people, their families and carers. Alongside this work, we were commissioned by the Richmond Group of Charities to interview older people about their experiences of social care.

Borsch-Supan, A. é., et al. (2015). Ageing in Europe - Supporting Policies for an Inclusive Society, Berlin : Degruyter

<http://www.degruyter.com/view/product/462442>

SHARE is an international survey designed to answer the societal challenges that face us due to rapid population ageing. How do we Europeans age? How will we do economically, socially and healthwise? How are these domains interrelated? The authors of this multidisciplinary book have taken a further big step towards answering these questions based on the recent SHARE data in order to support policies for an inclusive society.

Brown, K. (2015). Older Adults: Federal Strategy Needed to Help Ensure Efficient and Effective Delivery of Home and Community-Based Services and Supports. Washington GAO

<https://www.gao.gov/assets/680/670306.pdf>

Research has shown that many older adults would prefer to maintain their independence and ties to the community as they age, and their ability to remain in their homes and communities often depends on the availability of a local system of home and community-based services (HCBS). Other supports can also play a critical role in maximizing the independence of older adults. The federal government and state and local agencies play an important role in helping to ensure that HCBS and related supports are available to older adults. The Older Americans Act of 1965 creates a leadership role for the federal government in developing a system of HCBS for older adults. The act requires the Administration on Aging (AoA), within the Department of Health and Human Services (HHS), to promote and support a comprehensive system of HCBS and related supports by providing funding and technical assistance to states and local agencies involved in planning and delivering these services and supports.⁴ It also requires AoA to facilitate the provision of such services and supports in coordination with the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) and other federal entities. This report addresses federal programs that fund HCBS and supports for older adults, in particular in-home and nutrition services, affordable housing, and transportation, how HCBS and supports are planned and

delivered in selected localities, and agencies' efforts to promote a coordinated federal system of HCBS for older adults.

Tessier, A. (2015). L'autonomisation des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. Rapport et annexes. Montréal I.N.E.S.S.S.

<https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/lautonomisation-des-personnes-en-perde-dautonomie-liee-au-veillessement.html>

Le Québec est le deuxième endroit au monde, après le Japon, où la population vieillit le plus rapidement. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), il y a un risque réel de voir une véritable explosion des besoins en soins de longue durée. De nouvelles pratiques en matière de soutien à domicile doivent être considérées en vue de relever les défis soulevés par le vieillissement de la population. Certains pays ont intégré l'autonomisation dans leur offre de service de soutien à domicile. L'autonomisation est intéressante, car elle a le potentiel de permettre des économies tout en répondant aux désirs de la population de vieillir à domicile. L'objectif est d'augmenter l'autonomie à court terme et de prévenir ou retarder la perte de capacités. L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a produit le présent avis après avoir évalué la pertinence d'introduire, au Québec, l'autonomisation dans l'offre de service de soutien à domicile en répondant aux trois questions suivantes : L'autonomisation des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement est-elle efficace? Quelles sont les grandes caractéristiques de l'autonomisation dans les pays où elle est déjà implantée? Quelles seraient les possibles conséquences, pour le Québec, d'intégrer l'autonomisation à l'offre de service de soutien à domicile destinée aux personnes en perte d'autonomie?

Les aidants informels

Encadré : les politiques à destination des aidants en France

Les aidants jouent un rôle essentiel dans l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie. L'État français a développé depuis 2020 plusieurs stratégies et mesures légales pour mieux reconnaître, soutenir et protéger ces aidants.⁴

Le proche aidant d'une personne âgée est défini dans [l'article L. 113-1-3 du Code de l'action sociale et des familles](#), introduit par la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015. « Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne ».

Quelques étapes des mesures ces dernières années :

- [La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement \(2015\)](#) définit ce qu'est un proche aidant, crée un droit au répit pour permettre aux proches aidants de se reposer ou de dégager du temps, accorde une aide financière ponctuelle en cas d'hospitalisation du proche aidant pour assurer la prise en charge de la personne aidée restée seule à domicile.
- [Stratégie nationale « Agir pour les aidants » 2020-2022](#)
- [L'Article 68 de la loi de financement de la sécurité sociale \(LFSS\) pour 2020](#), créé l'allocation journalière du proche aidant qui soutient financièrement les aidants qui réduisent leur activité pour aider un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie, bénéficiaire de la majoration pour tierce (MTP) ou de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP). Elle est mise en place en septembre 2020.
- [Décret n° 2022-88 du 28 janvier 2022 relatif à l'allocation journalière du proche aidant et à l'allocation journalière de présence parentale](#)
- [Stratégie nationale « Agir pour les aidants » 2023-2027](#)

Cette nouvelle stratégie repose sur six engagements : un plan de développement du répit, la création dans tous les départements d'un interlocuteur unique pour les aidants, le renforcement des nouveaux droits créés dans le précédent quinquennat, l'ouverture de la validation d'acquis d'expérience aux proches aidants, l'amélioration de l'accès aux bourses pour les étudiants aidants, et un plan de repérage massif des aidants.

• [Loi du 8 avril 2024 « Bien vieillir et autonomie »](#) propose différentes mesures à destination des aidants Voir encadré dans le chapitre « prise en charge institutionnelle »

• [Décret du 19 août 2025 relatif à la mise en œuvre de prestations de suppléance à domicile du proche aidant et dans le cadre de séjours dits de répit aidant-aidé dérogeant au droit du travail](#)

Ce décret vise à améliorer concrètement les dispositifs de répit à domicile : Possibilité d'un accompagnement continu par un professionnel pendant 6 jours consécutifs (suppléance à domicile ou séjour aidant-aidé) ; Cadre clarifié pour les professionnels intervenant longtemps au domicile ; Dispositif ciblé principalement sur les aidants de personnes avec troubles cognitifs/psychiques et comportements associés.

EN FRANCE

CNSA (2025). "Aider ceux qui aident : contribuer au renforcement du soutien aux proches aidants : Avis du Conseil scientifique relatif à la mise en œuvre de la COG pour 2025". Paris, C.N.S.A.

<https://www.cnsa.fr/actualites/le-conseil-scientifique-de-la-cnsa-rend-un-avis-sur-le-renforcement-du-soutien-aux>

Cet avis propose une synthèse des échanges tenus en séance plénière du Conseil scientifique du 14 octobre 2024, augmentés des travaux techniques coordonnés par son secrétariat général, sous la direction de la présidente et du vice-président du Conseil scientifique. Il est structuré en quatre parties : une présentation synthétique de grands constats quant à la situation et au soutien aux proches aidants (1) ainsi que des considérations relatives aux conditions d'une politique des aidants clarifiée dans ses finalités et soutenable pour celles et ceux qui en sont les destinataires (2), aux actions de la CNSA au titre de la COG 2022-2026 (3) et aux leviers d'action publique dépassant le périmètre d'intervention de la Caisse (4).

Lahmar-Eythrib, J. (2025). "Chapitre 4. Aidants familiaux : maillon fort dans le parcours de soins des aînés". In: [Vieillesse et vieillissements]. Caen, EMS Éditions: 50-58.

<https://shs.cairn.info/vieillesse-et-vieillissements--9782386301674-page-50?>

Prescrire. (2025). "S'intéresser aux aidants dans leur diversité. : Repérer leurs rôles et les accompagner pour mieux répondre à leurs difficultés." Prescrire : la revue 2025(497): 217-221.

En France, les aidants, ou proches aidants, sont précieux pour la continuité et la qualité des soins. Ils ont fait l'objet de plusieurs enquêtes et de rapports publiés par des acteurs du public, du privé, notamment des associations. Doit-on les considérer comme une aide naturelle, familiale et bénévole, ou comme des acteurs de terrain sur qui repose une charge importante nécessitant soutien, formation, voire rémunération ? Ce texte vise à mieux connaître ces personnes qui apporte une aide régulière à un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie, en raison de son état de santé ou de son âge. Qui et combien sont-elles ? Quelles sont leurs difficultés ? Et comment les professionnels de santé peuvent-ils les accompagner (résumé d'auteur).

Pichetti, S. et Perronnin, M. (2025). "L'appui des aidants familiaux influence-t-il la qualité des prescriptions de benzodiazépines chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ?" Questions d'économie de la sante (irdes)(302)

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/302-l-appui-des-aidants-familiaux-influence-t-il-la-qualite-des-prescriptions-de-benzodiazepines-chez-les-personnes-atteintes-de-la-maladie-d-alzheimer.pdf>

En France, les benzodiazépines sont fréquemment prescrites aux personnes âgées pour traiter l'anxiété et l'insomnie, alors qu'elles sont associées à de nombreux effets indésirables : risque accru de chutes, troubles cognitifs, troubles de la mémoire, risque de dépendance. Deux configurations de prescription sont potentiellement inappropriées pour les patients âgés : la prescription de benzodiazépines à longue durée d'action et les prescriptions pour une durée supérieure à trois mois. Notre étude s'intéresse à la prescription de benzodiazépines chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés (Masa) vivant à domicile, en éclairant le rôle joué par les aidants familiaux. Ces derniers sont souvent amenés à coordonner les soins pour leurs proches :

premiers observateurs de la santé des séniors qu'ils accompagnent, ils peuvent organiser des consultations chez le médecin généraliste, auxquelles ils assistent souvent, et fournir des informations qui peuvent guider le médecin dans sa prescription. Recevoir de l'aide familiale pour réaliser les démarches médicales (aide à la prise des médicaments, programmation de rendez-vous) est associé à une probabilité plus élevée d'obtenir des prescriptions de benzodiazépines à longue durée d'action (+21,7 points), mais n'a en revanche pas d'effet sur les prescriptions de benzodiazépines pour une durée de plus de trois mois, qui restent fréquentes (4 personnes sur 10) quelle que soit l'aide familiale reçue. Les prescriptions plus élevées de benzodiazépines à longue durée d'action, qui ne sont normalement pas adaptées aux personnes âgées, pourraient s'expliquer par l'information transmise par les aidants lors de la consultation, concernant notamment les troubles anxieux ou l'insomnie, et par leur volonté de mettre en place une solution pour y remédier. Cette hypothèse est confortée par les résultats en fonction des profils d'aidant, qui montrent des prescriptions plus fréquentes lorsque celui-ci partage, et donc observe, le quotidien de la personne âgée, parce qu'il est en couple ou co-habitant avec elle. Il est nécessaire de renforcer l'information sur les risques liés aux benzodiazépines auprès de l'ensemble de la population française, tout en développant des traitements non médicamenteux, scientifiquement reconnus et accessibles, afin d'offrir aux médecins des alternatives pour traiter les troubles anxieux et du sommeil.

Verhagen, A. I. (2025). "Trois aidants sur dix accompagnent seuls leur proche, six sur dix sont en activité ou étudiants." Etudes et résultats (Drees)(1358):

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/251217-ER-etudes-et-resultats/proches-aidants>

En 2022, 7,1 millions de personnes, soit 11 % de la population âgée de 5 ans ou plus, soutiennent un parent, un conjoint, un enfant ou un ami en situation de handicap ou de perte d'autonomie.

Pitaud, P. (2025). "Vieillir en institution ou au domicile. Les familles au cœur de l'accompagnement". Toulouse, Erès Pratiques du champ social

<https://shs.cairn.info/vieillir-en-institution-ou-au-domicile--9782749281988>

Au domicile comme en institution, la famille, au sens large, demeure plus que jamais au cœur du lien social et de son maintien. Elle doit demeurer une attention constante des professionnels engagés dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes âgées. Au cours des vingt dernières années, la transformation sans précédent des modes de vie, de la cellule familiale et du monde du travail a entraîné des situations d'isolement et d'exclusion pour l'ensemble des populations fragilisées, mais encore plus pour les personnes âgées. Dans ce contexte anxiogène, les solidarités informelles et familiales deviennent un élément important du système d'aide et d'accompagnement, qui est largement fragilisé par l'absence d'une vraie politique pour les âges avancés de la vie. Comment la famille s'organise-t-elle quand la santé des plus âgés décline ? Comment les professionnels du domicile ou de l'EHPAD peuvent-ils soutenir les aidants familiaux dont la vie se trouve bouleversée ? Comment peuvent-ils valoriser l'expertise familiale pour mieux accompagner les personnes dépendantes ?

(2024). "Le répit des aidants". Saint-Denis La Plaine, Has

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3351732/fr/repit-des-aidants

La France compte plus de 9 millions d'aidants, aux profils variés (parent, enfant, conjoint, etc.) qui soutiennent un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie. Ces personnes, qui ne sont ni des professionnels de santé, ni des professionnels de l'accompagnement, peuvent manifester des

signes de difficultés découlant de la situation d'aide et interrogeant la nécessité d'une solution de répit. Ces recommandations portant sur le répit des aidants s'inscrivent dans le cadre de la Stratégie Nationale des Aidants. Elles correspondent à une réponse opérationnelle à la saisine de la DGCS relative à la définition du répit des aidants et de ses composantes ainsi qu'à la mise en œuvre de solutions de répit.

Blavet, T. (2023). "9,3 millions de personnes déclarent apporter une aide régulière à un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie en 2021." *Etudes et résultats (Drees)*(1255)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/93-millions-de-personnes-declarent-apporter-une-aide-reguliere-un>

En France, en 2021, 9,3 millions de personnes déclarent apporter une aide régulière à un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie, que cette personne vive dans le même logement ou ailleurs. Cette aide peut prendre la forme d'une aide aux activités de la vie quotidienne, d'un soutien moral ou, pour les adultes, d'un soutien financier. Ainsi, 8,8 millions d'adultes et 0,5 million de mineurs de 5 ans ou plus sont proches aidants, soit respectivement un sur six et un sur vingt d'entre eux. Près d'une personne sur quatre de 55 à moins de 65 ans se déclare proche aidant. La part de ces derniers augmente avec l'âge jusqu'aux alentours de 60 ans, puis tend à décroître ensuite. Les femmes déclarent plus souvent apporter une aide régulière dans les activités de la vie quotidienne ou un soutien moral, alors que les hommes apportent plus souvent une aide financière. La part de proches aidants fournissant une aide régulière aux activités de la vie quotidienne – aide qui nécessite une proximité géographique avec le proche aidé – est plus élevée dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), dans les Hauts-de-France et en Corse, territoires qui comptent également, à âge donné, un pourcentage plus élevé de personnes handicapées, que ce soit au titre d'une limitation sensorielle, physique ou cognitive sévère, ou bien au titre d'une forte limitation plus globale dans les activités de la vie quotidienne.

Roquebert, Q. (2024). "Effet de l'aide informelle fournie par leurs enfants sur la santé des personnes âgées en maison de retraite." *Economie et statistique*(542): 125–145.

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/8186059>

Cet article estime l'effet causal de l'aide informelle fournie par leurs enfants sur la santé des résidents de maison de retraite. Nous exploitons l'enquête CARE-Institutions de 2016, qui fournit un échantillon représentatif de 2 382 résidents âgés de 60 ans ou plus et ayant des enfants. Les problèmes de santé étudiés sont la dépression, les problèmes de sommeil, le manque d'appétit et le sentiment de fatigue. Pour prendre en compte l'endogénéité du fait de recevoir de l'aide informelle, nous adoptons une stratégie de variable instrumentale, dans laquelle bénéficier d'une aide informelle est instrumenté par le fait d'avoir au moins une fille parmi ses enfants. Nous montrons que l'aide informelle a globalement peu d'effet sur ces problèmes de santé, quels que soient le sexe et le niveau d'études des personnes aidées. Ces résultats contrastent avec ceux estimés pour les personnes âgées vivant à leur domicile et appellent à d'autres recherches sur les déterminants spécifiques de la santé et du bien-être dans les maisons de retraite.

Toulemon, L. (2024). "Perte d'autonomie : quels effets sur la santé des proches aidants ? : Analyses à partir de l'enquête CARE-Ménages." *Dossiers de la Drees (les)*(122)

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/les-dossiers-de-la-drees/241002_DD_perte_autonomie

Dans un contexte de vieillissement de la population et de souhait de soutenir le maintien à domicile, les besoins d'aide vont connaître une forte augmentation dans les années à venir. Cette aide repose en grande partie sur les proches des personnes en perte d'autonomie et n'est pas sans conséquences sur leur vie. Ce dossier se concentre sur les conséquences sur leur santé, en mobilisant l'enquête Vie quotidienne et santé (VQS) réalisée par l'Insee en 2014, et les enquêtes CARE-Ménages réalisées en 2015 par la DREES, deux enquêtes menées auprès des 60 ans ou plus vivant à domicile. Sont étudiées à la fois la situation des personnes de tout âge apportant une aide régulière à ces seniors (« proches aidants »), mais aussi celle des seniors cohabitants avec ces seniors, notamment leurs conjoints, indépendamment du fait qu'ils déclarent ou non être proches aidants.

(2023). "Agir pour les aidants 2e stratégie de mobilisation et de soutien 2023-2027". Paris, Ministère chargé des Affaires sociales

https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2023-10/Dossier-de-presse-strategie-des-aidants-2023-2027_0.pdf

La stratégie « Agir pour les aidants 2020-2022 » était la première politique publique nationale interministérielle dont les mesures s'adressaient directement aux proches aidants.

(2023). "En 2021, 2,4 millions de personnes âgées ou proches aidants ont bénéficié d'actions de prévention de la perte d'autonomie" https://www.cnsa.fr/documentation/ra_cfppa_2021_synthese_vf.pdf

Pour les conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, 2021 est restée marquée par les conséquences de la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 et par sa gestion. Malgré ces difficultés affectant notamment la tenue de réunions collectives, les actions de prévention ont pu être maintenues, au moyen d'adaptations initiées dès 2020 avec le soutien de la CNSA. Elles se sont même renforcées avec un effort financier en progression de 14%.

Angulo, L., Alberola, E., Jauneau, P., et al. (2023). "1 jeune sur 10, entre 16 et 25 ans, aidant d'un proche âgé, malade ou en situation de handicap". Paris, C.R.E.D.O.C. [Note de synthèse 38](#)

<https://www.credoc.fr/publications/1-jeune-sur-10-entre-16-et-25-ans-aidant-dun-proche-age-malade-ou-en-situation-de-handicap-note-de-synthese-n-38>

En France, 9,3 millions d'aidants non professionnels sont investis dans l'accompagnement d'un proche fragilisé par une perte d'autonomie liée à l'âge, à la maladie ou au handicap. La figure type de l'aidant est plutôt une aidante de plus de 50 ans en soutien de ses parents, de ses enfants ou de son conjoint. L'étude réalisée en collaboration avec la Macif porte l'attention sur une autre catégorie de proches aidants, méconnue et quasi invisible de l'action publique : les jeunes aidants. L'enquête quantitative et qualitative menée par le Crédoc en juin 2023 auprès de 3000 jeunes de 16 à 25 ans vivant en France métropolitaine, dont plus de 1000 anciens et actuels aidants, révèle la diversité de l'aide apportée allant du soutien moral à la pratique de soins. Elle en souligne également l'impact sur la vie sociale et affective de ces adolescents en construction et de ces jeunes adultes aux prises avec les études et l'insertion professionnelle. 700 000 à 1 000 000 jeunes de 16 à 25 ans sont ainsi aidants ou co-aidants de proches fragiles en lien avec la famille, des professionnels et parfois en première ligne, seuls à gérer le quotidien et à prendre des décisions difficiles.

Revil, H. et Gand, S. (2023). "Comprendre les besoins des proches aidants pour mieux agir : une problématisation au prisme du non-recours." [Informations sociales n° 208\(4\)](#): 120-127.

<https://shs.cairn.info/revue-informations-sociales-2022-4-page-120>

À présent reconnus politiquement et médiatiquement, beaucoup de proches aidants de personnes en perte d'autonomie n'ont pas recours aux droits, services, aides et/ou prestations auxquels ils pourraient prétendre. Cet article propose de s'interroger sur l'effectivité de l'offre destinée aux proches aidants et sur les formes que prend ce non-recours. La difficulté à appréhender les besoins propres des proches aidants ainsi que le caractère hétérogène de l'offre qui leur est destinée au niveau des territoires contribuent à expliquer la rencontre en partie manquée entre l'offre et la demande. Il est également utile de s'intéresser aux logiques de recours différenciées des proches aidants ainsi qu'aux représentations qu'ont les professionnels du social et de la santé des offres et de ce que peut être leur propre rôle vis-à-vis des proches aidants.

(2022). "Rapport d'évaluation de l'allocation journalière du proche aidant (AJPA)". Paris, Ministère chargé de la Santé https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_d_evaluation_de_l_allocation_journaliere_du_proche_aidant_2022.pdf

Depuis le 30 septembre 2020, l'allocation journalière du proche aidant vise à compenser la perte de salaire du bénéficiaire d'un congé proche aidant. Celui-ci permet aux salariés de s'occuper d'une personne handicapée ou âgée ou en perte d'autonomie et est accessible sous conditions (lien familial ou étroit avec la personne aidée, résidence en France de la personne aidée) et pour une durée limitée.

Fauchier-Magnan, E., Fenoll, B. et Toche, O. (2023). "Soutenir les aidants en levant les freins au développement de solutions de répit". Paris, I.G.A.S.

<https://www.vie-publique.fr/rapport/288034-soutenir-les-aidants-developper-des-solutions-de-repit-igas>

Si on dénombre entre 8 et 11 millions d'aidants en France, ils ne se reconnaissent encore pas tous comme tel. Pourtant, ils contribuent de manière essentielle au maintien à domicile des personnes âgées, à l'inclusion des personnes en situation de handicap et au soutien des personnes malades, et leur rôle est appelé à se renforcer dans les années à venir. Rares sont ceux qui savent pouvoir bénéficier d'un accompagnement, alors qu'ils risquent l'épuisement et l'isolement social. Ce rapport de mission dresse un panorama des solutions de répit existantes pour les aidants et des freins à leur développement.

Laborde, C., Bigossi, F. et Grémy, I. (2022). "Santé des proches aidants et interventions de santé publique pour améliorer leur santé." *ADSP* N° 117(1): 6-11.

<https://stm.cairn.info/revue-actualite-et-dossier-en-sante-publique-2022-1-page-6>

En France, 8,3 millions de personnes aident un proche de façon régulière et à domicile pour des raisons de santé ou de handicap. Dans un premier article (*Adsp* n° 116, décembre 2021), nous avons décrit la diversité des profils des proches aidants selon leur proximité au proche aidé, selon les pathologies ou le handicap de la personne aidée, selon le type d'aide fournie, selon leur propre situation de vie personnelle ou professionnelle. Nous avons souligné leur rôle social, collectif et d'intérêt général indispensable et de plus en plus reconnu par les pouvoirs publics. Mais cette activité d'aide a des conséquences sur leur santé physique et mentale. De nombreuses études scientifiques alertent sur l'état physique et mental particulièrement détérioré des proches aidants. Aussi, des interventions de santé publique ciblées sur les aidants sont mises en place par des décideurs politiques, des associations, des praticiens ou encore des chercheurs. Leur objectif est d'accompagner

les proches aidants dans leur situation d'aide et de contribuer à préserver, voire à améliorer, leur qualité de vie, leur santé physique et mentale. Dans ce second article, nous nous attachons à mieux comprendre, à partir de la littérature existante, le fardeau mental et physique qui pèse sur les proches aidants. Puis, nous identifions des dispositifs internationaux d'intervention en santé publique dont les bénéfices en termes de santé physique ou mentale ont été scientifiquement évalués. L'objectif de cet article n'est pas d'inventorier l'ensemble des interventions mises en place mais d'élargir, sur la base de productions scientifiques, le corpus de solutions qui pourraient apporter des bénéfices pour la santé des proches aidants.

Lellouche, F., Kulak, C. et Recorbet, L. (2022). "Engagement des entreprises pour leurs salariés aidants". Paris, France stratégie

<https://www.strategie.gouv.fr/publications/engagement-entreprises-leurs-salaries-aidants>

Aujourd'hui en France, 11 millions de personnes apportent de l'aide à un proche en perte d'autonomie. Au regard du vieillissement de la population, une part de plus en plus grande de la population est concernée par ce statut. Mais surtout, plus d'un aidant sur deux est salarié. Les entreprises ont donc un rôle crucial à jouer dans le soutien à ces salariés aidants, qui constitue dès maintenant un défi majeur. Or, l'utilisation des congés et des prestations sociales pour les situations « d'aidance » est limitée : les dispositifs sont encore peu connus, les démarches apparaissent complexes, peu accessibles et surtout, les aidants se reconnaissent peu comme tels. Bien-être au travail, non-discrimination, égalité... l'engagement auprès des salariés aidants doit s'inscrire pleinement dans les démarches RSE des entreprises. Pour mieux sensibiliser et communiquer, la Plateforme RSE formule 24 recommandations adressées au gouvernement, aux entreprises, aux partenaires sociaux et aux fédérations professionnelles.

Perdrix, E. et Roquebert, Q. (2022). "Does the amount of formal care affect informal care? Evidence among over-60s in France." *The European Journal of Health Economics* **23**(3): 453-465.

<https://doi.org/10.1007/s10198-021-01370-5>

This paper investigates the causal effect of the amount of formal care used on the informal care received by formal care users. We use an original instrument for formal care volume based on local disparities (NUTS 3 level, 96 units) in the price of formal care. Using the French CARE survey, we use a two-part model to assess the effect of formal care on the extensive and the intensive margin of informal care. An increase in the amount of formal care is found to be associated with a small decrease in the probability of using informal care. Heterogeneity tests show that this negative effect is mainly driven by help for daily activities provided by women. At the intensive margin, informal care is not significantly affected by the amount of formal care. Reforms increasing subsidies for formal care can thus be suspected to have a limited effect on informal care arrangements.

(2020). "Santé des proches aidants et intervention en santé publique - analyse de la littérature internationale". Paris O.R.S. d'Ile-de-France

En France, plus de 8 millions de personnes aident de façon régulière et à domicile une personne de leur entourage pour des raisons de santé ou de handicap (Enquête Handicap-Santé 2008). Ces proches aidants jouent un rôle crucial qui a des conséquences sur leur propre vie et notamment sur leur santé. Ce Focus santé, réalisé à la demande du Conseil régional identifie la diversité des profils des proches aidants, pose les enjeux de santé et présente des interventions de santé publique appuyées à un

protocole scientifique. Il a été mené à partir d'une revue de littérature internationale. Il est publié à l'occasion de la journée nationale des aidants du 6 octobre 2020.

Giraud, O., Petiau, A. et Rist, B. (2020). "Perte d'autonomie : comment mieux accompagner les aidant.e.s familiaux". Paris, Terra Nova

<https://tnova.fr/economie-social/protection-sociale-solidarites/perte-dautonomie-comment-mieux-accompagner-les-aidantes-et-aidants-familiaux>

Dans le cas du maintien d'une personne dépendante chez elle, ou dans le cas d'une personne handicapée, l'aide d'un ou d'une proche est souvent indispensable. Dès lors, la question est posée du statut de cet « aidant.e familial.e ». Les liens de proximité (conjoint, enfant, ami, voisin...) peuvent expliquer un dévouement souvent présenté comme « allant de soi ». Mais le nombre et l'intensité des tâches, même si elles ne sont pas techniques, correspondent à un véritable travail et, de ce fait, méritent reconnaissance et même indemnisation. Terra Nova publie une enquête qui permet une exploration inédite et détaillée de questions-clés liés aux aidant.e.s avec des propositions pour mieux les accompagner.

Bellidenty, J. et Rade, E. (2021). "Aider son parent âgé en ayant des enfants à charge. Quelle est la situation de cette « génération pivot » ?". Paris, Drees

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/aider-son-parent-age-en-ayant-des-enfants-charge-quelle-est>

Corollaire du vieillissement démographique, la question des capacités de prise en charge des personnes âgées et des personnes dépendantes toujours plus nombreuses se pose de manière accrue. Dans ce contexte, l'aide apportée par la famille et l'entourage aux seniors vivant à leur domicile revêt une grande importance. Parmi les 3,9 millions de proches aidants d'une personne âgée identifiés en France métropolitaine en 2015, plus de la moitié sont des enfants s'occupant d'un de leurs parents devenu âgé ou dépendant. Or, en parallèle, l'allongement de la durée des études et l'élévation de l'âge au premier emploi ont tendance à retarder l'accès à l'autonomie des jeunes. À partir des données des enquêtes CARE de la DREES, ce Dossier s'attache à décrire les caractéristiques et les situations vécues par les 725 000 personnes soutenant un de leurs parents de 60 ans ou plus vivant encore à son domicile et qui, de façon concomitante, ont encore des enfants à charge.

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

<https://hcfea.gouv.fr/conseil-de-lage-0>

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

Acker, D. et Bonnet, C. (2019). "L'implication des femmes seniors dans l'aide à un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie et dans l'aide grand-parentale". Paris HCFEA.

<https://hcfea.gouv.fr/conseil-de-lage-0>

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

Banens, M., Thomas, J. et Boukabza, C. (2019). "Le genre et l'aide familiale aux seniors dépendants." *Revue française des affaires sociales*(1): 115-131.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2019-1-page-115.htm>

L'aide familiale aux personnes âgées dépendantes a été décrite comme genrée – les femmes y prenant la plus grande part et mettant en œuvre des compétences dont les hommes, du moins en France, disposeraient moins souvent. Cet article se base sur l'enquête PEGASE (Poids et effets de genre dans l'aide aux seniors), basée sur des entretiens auprès d'aidants familiaux, associée à l'enquête CARE (Capacités, aides et ressources des seniors, DREES, 2015). L'aide semble toujours s'organiser autour d'un-e aidant-e principal-e beaucoup plus impliqué-e que les autres, le ou la conjoint-e en première ligne. Le caractère genré de l'aide conjugale apparaît alors davantage dans la façon dont elle est vécue que dans sa (mise en) pratique. L'aide prodiguée par les hommes (conjointes mais aussi fils) semble mieux vécue, car plus valorisée socialement et individuellement, que l'aide apportée par les femmes. L'aide filiale, en revanche, paraît nettement genrée : la désignation (ou l'autodésignation) de l'enfant aidant principal porte le plus souvent sur l'une des filles lorsqu'il y a fratrie, en lien avec l'histoire familiale des places de chacun-e-s. Le genre, jamais évoqué comme argument de désignation, opère à travers des considérations de disponibilité et de proximité affective autant que géographique.

Bannerot, F., Leocadie, M. C. et Rothan-Tondeur, M. (2019). "Déterminants du recours au répit pour les proches aidants de malades atteints de démence." *Santé Publique* **31**(2): 277-286.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2019-2-page-277.htm>

Introduction : L'évolution démographique et le vieillissement de la population concourent à l'augmentation des maladies d'Alzheimer ou apparentées. Encouragé par les politiques de santé, le maintien à domicile des patients souffrant de ces pathologies est souvent dépendant de la contribution de proches aidants. L'exigence de ce rôle peut fragiliser les personnes concernées et favoriser chez elles l'apparition d'un sentiment de fardeau nécessitant le recours à des périodes de répit. Étude ancillaire d'un programme de recherche mené sur l'agglomération de Genève, notre travail vise à caractériser les déterminants d'un recours aux dispositifs de répit pour les proches aidants de patients atteints de démence, Méthode : Recherche qualitative, menée par la méthode de focus groupes, auprès des proches aidants de patients atteints de démence. Trois focus groupes ont été menés, avec 12 participants dans les agglomérations de Genève (Suisse) et Rouen (France). Résultats : Notre étude relève la concomitance de l'évolution des troubles de la personne aidée et l'émergence d'un sentiment de fardeau chez l'aidant, lié à la durée et l'intensité de l'aide prodiguée. Nos résultats permettent de distinguer les déterminants d'un recours aux dispositifs de répit qui dépendent de l'aidant ou des institutions et d'en proposer une modélisation. Conclusion : Les

dispositifs de répit doivent bénéficier d'une coordination et s'adapter aux exigences des bénéficiaires, en termes de format et de qualité, afin d'en faciliter le recours aux populations les plus fragiles et d'éviter qu'il ne soit trop tardif.

Bernard, X., Brunel, M., Couvert, N., et al. (2019). "Les proches aidants des seniors et leur ressenti sur l'aide apportée - Résultats des enquêtes « CARE » auprès des aidants (2015-2016)." Dossiers De La Drees (Les)(45)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd45.pdf>

Ce dossier présente les résultats des volets « aidants » des enquêtes « CARE » auprès des seniors à domicile : il s'agit donc de la description de l'aide par les aidants eux-mêmes, et de leur ressenti sur cette aide.

Brunel, M., Latourelle, J. et Zakri, M. (2019). "Un senior à domicile sur cinq aidé régulièrement pour les tâches du quotidien." Etudes et Résultats (Drees)(1103)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/un-senior-domicile-sur-cinq-aide-regulierement-pour-les-taches-du>

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

Cheneau, A. (2019). "La diversité des formes d'aide et des répercussions de l'aide sur les aidants." Revue française des affaires sociales(1): 91-113.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2019-1-page-91.htm>

On dénombre 8,3 millions d'aidants de personnes de plus de 16 ans qui aident des personnes en situation de maladie ou de handicap (quel que soit leur âge) en France. Ces personnes, appelées aidants proches, ne présentent pas un profil unique. L'objectif de l'article est de mettre en évidence la diversité des formes d'aide et des effets de l'aide sur la vie professionnelle, la vie sociale, la situation économique et financière des aidants et sur leur santé. À partir des données issues de l'enquête Handicap-Santé 2008, nous établissons des groupes d'aidants en fonction de leur lien de proximité avec l'aidé et en fonction de l'âge de l'aidé puis nous analysons les formes d'aide et leurs répercussions. Les parents qui accompagnent un enfant jeune et, dans une moindre mesure, ceux qui s'occupent d'un enfant adulte sont les aidants qui aident le plus (en termes de nombre d'heures et de nombre de tâches d'aide) et ceux qui ressentent le plus les impacts négatifs de l'aide.

Charlap, C., Caradec, V., Chamahian, A., et al. (2019). "Être salarié et aider un proche âgé dépendant : droits sociaux et arrangements locaux." Revue française des affaires sociales(1): 181-198.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2019-1-page-181.htm>

Fondé sur une enquête qualitative auprès de trente-cinq aidants en emploi (ou récemment retraités) dont le proche âgé est atteint de troubles cognitifs et/ ou de déficiences motrices, cet article s'intéresse au « travail d'articulation » que ces aidants réalisent pour pouvoir effectuer l'ensemble des tâches auxquelles ils doivent faire face. Il porte, plus spécifiquement, sur le travail d'articulation qui prend place dans la sphère professionnelle et sur les ressources qu'il mobilise dans la gestion des temps. Ce travail d'articulation passe, d'une part, par le recours à des droits sociaux communs à tous les salariés (comme les congés payés ou les congés maladie) et, d'autre part, par des négociations et arrangements locaux, souvent assez peu officialisés. Ces assouplissements informels du contexte de travail engendrent de fortes inégalités entre les aidants car ils dépendent d'un ensemble de facteurs : les ressources dont dispose le salarié, l'attitude qu'il adopte face à l'organisation dans laquelle il travaille, les modes d'organisation du travail, l'attitude compréhensive ou indifférente de l'organisation à l'égard des aidants. Quant au dispositif de congé de proche aidant, il est mal connu et jugé inadapté.

De Bony, J., Giraud, O., Petiau, A., et al. (2019). Rémunérations et statut des aidant.e.s : Parcours, transactions familiales et types d'usage des dispositifs d'aide. Paris CNSA

<https://www.cnsa.fr/remunerations-et-statuts-des-aidants-et-des-aidantes>

Ce projet de recherche s'intéresse à la monétarisation de l'aide consentie par des proches à une personne en situation de handicap ou une personne âgée en perte d'autonomie, au titre de ce qui est couvert par les dispositifs publics d'accompagnement que sont la Prestation de compensation du handicap (PCH) et l'Allocation personnalisée d'autonomie. Précisément, il étudie différentes facettes de la monétarisation du travail d'aide consenti par les proches aidants, à la fois en ce qu'elle fait l'objet d'une régulation dans le contexte de l'action publique (i), et en ce qu'elle renvoie à des vécus et à des trajectoires et modes de vie concrets des aidant.e.s (ii).

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

<https://hcfea.gouv.fr/conseil-de-lage-0>

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

Le Duff, R. (2019). Etude relative à l'accessibilité des formules de répit et à leur impact sur les aidants familiaux de personnes en situation de handicap. Paris ANCREAI

<https://ancreai.org/etudes/accessibilite-des-formules-de-repits-et-leur-impact-sur-les-aidants-familiaux-des-personnes-en-situation-de-handicap/>

Alors que 8,3 millions de personnes s'occupent d'un proche dépendant (parent, enfant, conjoint) en raison d'un handicap, d'une maladie ou de l'avancée en âge, le Groupe de Coopération Sociale et Médicosociale AIDER, vient de publier une étude réalisée à sa demande par l'ANCREAI sur l'accessibilité du répit pour ces derniers. Si le répit a des effets bénéfiques à 3 niveaux (pour les aidants, pour les aidés et pour la relation aidant/aidé), le GCSMS AIDER déplore que de nombreux aidants n'y aient jamais accès ou alors trop tardivement, notamment quand surviennent les situations de surmenage ou d'indisponibilité. Ainsi, le GCSMS AIDER appelle les professionnels à « penser aidants » et à créer des réponses diversifiées sur tout le territoire afin de répondre à la multitude de besoins des aidants.

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

Ce rapport est le résultat d'une mission confiée par le Premier ministre à la députée Joëlle Huillier dans le cadre des travaux initiés par la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV). L'objectif de cette publication est d'étudier le baluchonnage ou relayage, nouvelle formule de répit des aidants. Cette formule est expérimentée par un certain nombre de structures en France. Il consiste en une intervention d'au moins 2 jours et 1 nuit d'un professionnel au domicile de la personne âgée. L'ensemble des acteurs et organisations rencontrés soutient ce dispositif et met en avant son intérêt tant pour la personne âgée, que le proche aidant et le relayeur. Ce rapport préconise notamment un modèle d'organisation du relayage en France.

(2016). Les proches aidants : une question sociétale. Paris Association Française des Aidants

<http://www.aidants.fr/actualites/proches-aidants-question-societale>

La Direction Générale de la Santé a missionné l'Association Française des Aidants pour regarder en quoi le fait d'accompagner un proche pouvait altérer sa santé, mais aussi comment les professionnels du soin et du prendre soin prenaient en compte la santé des aidants. Ce rapport rend compte des résultats de son observation des pratiques professionnelles en matière de repérage, d'orientation et de suivi des aidants dans leur parcours de santé.

Davin, B. et Paraponaris, A. (2016). "Quelles sont les conséquences de l'aide apportée par les proches aux personnes souffrant de maladies neurodégénératives ?" Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire(28-29): 474-479.

http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/28-29/2016_28-29_3.html

Objectifs : cette étude s'intéresse aux proches aidants de personnes souffrant de maladies neurodégénératives. Elle cherche à montrer les conséquences, pour ces aidants, de consacrer une partie de leur temps, de leurs ressources physiques, morales et financières à apporter de l'aide à un proche malade. Méthodes : à partir de l'enquête Handicap-Santé de 2008, on dispose d'un échantillon de 506 aidants pour lesquels il a été possible de décrire les caractéristiques de l'aide et ses conséquences. Ces aidants ont ensuite été appariés à d'autres présentant des caractéristiques similaires, mais s'occupant de personnes ne souffrant pas de pathologies neurodégénératives, afin d'isoler l'effet propre de ce type de maladies sur les spécificités des conséquences pesant sur les

aidants. Résultats : en moyenne, un aidant apportait plus de quatre heures d'aide chaque jour, avec une différence marquée entre cohabitants (plus de six heures par jour) et non-cohabitants (1 heure 30 par jour). La moitié des aidants de malades Alzheimer déclarait qu'aider les amenait à faire des sacrifices (contre moins de 40% des autres aidants). Plus de 40% ont dit ne pas voir assez de temps pour eux (soit 10 points de plus que les autres aidants) et un tiers que cela affectait leur propre santé (contre un aidant sur cinq parmi les autres aidants). Conclusion : l'ensemble des aidants, mais particulièrement ceux qui s'occupent de personnes souffrant de maladies neurodégénératives et qui essaient au quotidien de répondre aux besoins de leur entourage, ont eux-mêmes besoin d'être soutenus, relayés, aidés, formés pour pouvoir supporter les conséquences induites par l'aide qu'ils prodiguent.

Naiditch, M. (2016). "Les aidants et la politique pour l'autonomie." *Soins* 61(803): 30-33.

<http://www.em-consulte.com/article/1038750/article/les-aidants-et-la-politique-pour-l-autonomie>

Longtemps invisible, le rôle des aidants informels dans l'aide aux personnes âgées en perte d'autonomie est de plus en plus reconnu. Une politique en faveur des aidants articulée avec celle destinée aux personnes aidées est nécessaire, mais elle peine à s'imposer en France. Quelques avancées sont toutefois à noter dans le projet de loi dite "d'adaptation de la société au vieillissement". Quelle est aujourd'hui la situation des aidants en France ? Qui sont-ils et que font-ils ? Quels problèmes rencontrent-ils ? Pourquoi ce soudain engouement ? Il est important de mener une réflexion sur les principes fondant une politique de soutien aux aidants et sur les mesures qu'il convient de proposer (résumé d'auteur).

Roquebert, Q., et al. (2016). L'aide à un parent âgé, seul et dépendant : déterminants structurels et interactions. *CES Working Paper*; 2016.30. Paris Centre d'économie de la Sorbonne

<https://ideas.repec.org/p/mse/cesdoc/16030.html>

Cet article étudie les déterminants des décisions d'aide de la part des membres d'une fratrie de deux enfants à l'égard d'un parent âgé, seul et dépendant. L'application d'une méthodologie semi structurelle, déjà utilisée sur données européennes (enquête SHARE), permet de distinguer les déterminants structurels (individuels et familiaux) et les interactions (influence de la décision d'un membre de la fratrie sur la décision de l'autre). Les résultats obtenus sur les données françaises de l'enquête Handicap-Santé de 2008 confirment l'importance du rang dans la fratrie pour comprendre les comportements d'aide.

EN EUROPE A L'ETRANGER

Fernando, A., Tracey, F. et Allen, L. (2026). "Unpaid care : : the realities of caring in the UK". London :, Health Foundation

<https://www.health.org.uk/reports-and-analysis/analysis/unpaid-care-the-realities-of-caring-in-the-uk>

This briefing analyses national survey data from 2018 to 2025 on caring in the UK. It finds that one in six of all UK adults – equivalent to 8.9 million people – provided unpaid care in the period 2023–25 (similar to 2018–20). However, it acknowledges that the true extent of unpaid care may be higher,

since not all unpaid carers will identify as such. It finds that caring responsibilities did not fall equally: older people were more likely to be unpaid carers and women were 29 per cent more likely than men to be unpaid carers. It also finds that almost two-thirds (61 per cent) of carers provided less than 20 hours of unpaid care a week. More than one in five (22 per cent) unpaid carers provided more than 35 hours a week in 2023–25. These carers were more likely to provide care in the home

Flores, M. (2025). "Increasing beneficiaries and declining informal caregivers in Spain". Geneva :, WHO Country reports on purchasing long-term care

<https://doi.org/10.2471/B09362>

This brief is part of a collection of country reports on purchasing long-term care and it summarises the country case study for Spain

Giacci, M. K. et Gallego, G. (2025). "Methods for the identification of informal carers in the health and care systems : a systematic review"

<https://doi.org/10.1332/23978821Y2024D000000061>

Identifying informal carers is a complex task due to the diverse nature of caring roles and relationships. A systematic review of the literature was conducted to explore methods for informal carer identification. Six articles were reviewed. Methods for identification included population surveys, analysis of electronic medical records and a multifaceted approach focused on awareness and education in healthcare settings. There was considerable variability in the identification methods, the definitions of informal carers and the effectiveness of the methods to identify them. The review indicates a lack of consensus on the most effective methods for identifying informal carers. [Abstract]

Lin, Z., Qian, Y., Gill, T. M., et al. (2025). "Absence of care among community-living older persons with dementia and disabilities : a cross-national analysis of population survey from 22 countries". Bonn :, IZA IZA Discussion Paper ;

<https://www.iza.org/publications/dp/17777/absence-of-care-among-community-living-older-persons-with-dementia-and-disabilities-a-cross-national-analysis-of-population-survey-from-22-countries>

Assistance with daily activities is crucial for persons living with dementia and disabilities, yet many face significant challenges in accessing adequate care and support. Using harmonized longitudinal survey data (2012-2018) from the United States, England, 18 European countries and Israel, and China, we found that at least one-fifth of persons with dementia and disabilities received no personal assistance for basic or instrumental activities of daily living (ADL/IADL), regardless of regional development level. Care gaps were widespread across both ADL and IADL limitations, as well as for informal and formal care. Disparities were evident, with less-educated individuals more likely to lack formal care, while those living alone often lacked informal support, resulting in the absence of any care. Alarming, care availability showed no improvement over time. Our findings underscore the urgent need for policies to address inequities and ensure critical access to care services for this vulnerable population worldwide.

Nivakoski, S. et Baggio, M. (2025). "Unpaid care in the EU". Dublin, Eurofound

<https://www.eurofound.europa.eu/en/publications/all/unpaid-care-eu>

As countries face increasing pressure when it comes to providing care services, unpaid caregivers make an invaluable contribution. Care is needed at all ages of life, particularly when individuals face health issues or disabilities. The majority of care is provided within families, without financial compensation. This report investigates the situation of unpaid carers, focusing on their characteristics

and the type of care and support they provide. It also looks at their time-use patterns, their well-being and the challenges they encounter. The report analyses how unpaid caregivers are defined across the EU and examines national-level policies aimed at supporting them. While the analysis covers all unpaid carers, including those providing childcare and long-term care, a specific focus is placed on two groups: young caregivers and those providing multiple types of unpaid care.

Licker, L. V., Guthmuller, S. et Wubker, A. (2025). "Dementia severity, informal caregiving and labour market outcomes in Europe". Bochum, Ruhr-Universität Bochum [Ruhr Economic Papers 1190](#)

<https://www.econstor.eu/bitstream/10419/335897/1/1950526755.pdf>

Dementia is associated with an increasing need for care, which is often provided by informal carers. This may have an impact on their behaviour in the labour market. This study analyses the impact of dementia severity on informal care, labour market participation and working hours of informal carers. We use data from the multinational RightTimePlaceCare (RTPC) study, which covers eight European countries and uniquely links detailed information on people with dementia and their primary informal carers. Using descriptive statistics and multivariate regression models, we analyse the relationships between the severity of dementia, the intensity of care and labour market outcomes, taking into account the endogeneity of care intensity through an instrumental variable approach. Our results show that higher dementia severity significantly increases the intensity of informal care and substantially reduces both labour market participation and working hours of informal carers. These findings highlight the economic consequences of dementia care and underscore the importance of considering labour market impacts when assessing informal dementia care.

Petrillo, M., Rodrigues, R., Bennett, M., et al. (2025). "The Gendered Landscape of Informal Caregiving: Cohort Effects and Socioeconomic Inequalities in England". Sheffield, University of Sheffield [Sheffield Economic Research Paper Series 2025009](#)

<https://ideas.repec.org/p/shf/wpaper/2025009.html>

Abstract: We provide the first detailed cohort analysis to investigate both the effect of individual-level poverty and meso-level deprivation on the gender care gap, highlighting how individual circumstances and place shape caregiving provision. Using data from the UK Household Longitudinal Study (N =40, 324), we apply two complementary approaches: (i) multilevel mixed-effect logistic regression to provide detailed age cohort analysis of the probability of providing informal care by sex, accounting for the nested data structure; and (ii) Multilevel Analysis of Individual Heterogeneity and Discriminatory Accuracy (MAIHDA) to examine whether the factors that shape the probability of providing care have additive or multiplicative reinforcing effects. Results reveal a clear age pattern in caregiving, peaking between ages 60–70 before declining, with earlier-born cohorts showing higher caregiving likelihood at the same ages compared to later-born cohorts. The gender care gap is most pronounced among middle-born cohorts (1969–1978, 1959–1968, and 1949–1958), particularly between ages 50 and 60. Both poverty and geographic deprivation significantly shape gendered caregiving inequalities: the gender care gap is wider among individuals above the poverty line and in deprived local authority districts. The caregiving likelihood is primarily driven by the independent effects of cohort, gender, poverty, and meso-level deprivation, with limited evidence of multiplicative intersectional effects. These findings demonstrate that the gender care gap is not a uniform phenomenon. Policy attempts to address the gender care gap need to be mindful of these variations, not least because they potentially elucidate the potential sources of gender inequalities in care.

Winter, N. et Haddock, R. (2025). "We should care about informal carers : reforms are needed to improve their health and wellbeing" *Health Policy* (161) : 105437

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2025.105437>

Informal carers—those who provide unpaid care for people with health concerns or age-related needs—frequently experience negative impacts on their own physical, mental, and social wellbeing. Health systems should respond to these impacts by explicitly recognising and addressing the support needs of informal carers. Positive outcomes for this underserved population group, sustain delivery of care, and reduce further burden on the healthcare system. Three changes are needed to improve how health systems support carers. First, there must be a stronger and more systematic focus on carers' wellbeing, including through the expansion of patient-centered care models to explicitly include carers. This should involve co-designing healthcare systems in ways that create space for carers as active partners in care. Second, carers' needs should be routinely identified and assessed in clinical practice using standardised tools, ideally integrated into electronic health records. Third, clinicians must be supported to provide care for carers when needed—this requires a systemic approach that includes dedicated funding, targeted education, and protected clinical time to address carer wellbeing as part of routine care. Embedding these reforms in policy and practice would not only improve health outcomes for carers but also strengthen the resilience and sustainability of healthcare systems.
[Abstract]

Costa-Font, J. et Vilaplana-Prieto, C. (2024). "The Hidden Value of Adult Informal Care in Europe". Bonn, I.Z.A. *IZA Discussion Paper 17490*

<https://www.iza.org/publications/dp/17490/the-hidden-value-of-adult-informal-care-in-europe>

The hidden value of adult informal care (IC) refers to the unaccounted value of informal care in overall costs of long-term care (LTC) estimates. This paper estimates the net value of adult IC in Europe, drawing on a wellbeing-based methodology. We use an instrumental variable strategy and a longitudinal and cross-country dataset to estimate the causal effect of the extensive and intensive margin of caregiving on subjective wellbeing. Finally, we estimate the so-called compensating surplus (CS), namely the income equivalent transfer to compensate for the net disutility of caregiving. We find that IC reduces average subjective wellbeing by about 1% compared to the mean (6% among co-residential caregivers). Relative to a country's Gross Domestic Product (GDP), the value of informal care ranges between 4.2% in France and 0.85% in Germany. Such relative value is inversely correlated with the country's share of formal LTC spending and leads to reconsidering LTC regimes. The average CS per hour of IC ranges between 9.55 /hour, ranging between 22 /hour in Switzerland and 5 /hour in Spain. Finally, we also find that long-term CS is smaller than short-term CS.

(2024). "Carers in Europe : later life caring in Europe : findings from the Eurocare project". London :, Carers Trust

<https://carers.org/downloads/eurocare-later-lifecarers.pdf>

The proportion of people caring in later-life varies dramatically across European countries, from five per cent in Romania to 34 per cent in Denmark. Carers in countries where state support is low (which tend to be Southern and Eastern European countries) spend much more time caring than carers in countries with more state support ('Nordic' countries and the Netherlands). Across Europe, women are slightly more likely than men to provide care in later-life. Women tend to do personal care like

bathing, dressing, and getting in and out of bed, and women care for slightly more hours than men. The gender difference in care hours is also slightly greater in countries with less state support for carers. However, the census in England & Wales suggests that the gender differences in later-life caring have decreased over the last twenty years

Szymańska, A. (2024). "How do OECD countries differ in population ageing and the situation of people aged 65 and older?: Evidence using cluster analysis". *Social Policy & Administration*, **59**(1), 73–100.

<https://doi.org/10.1111/spol.13050>

The study compares the conditions created by ageing processes. It recognises differences in the situation of people aged 65 and older from a macrolevel perspective in 34 OECD countries in 2020, that is, the first year of the Covid-19 pandemic. The paper analyses the (dis)similarities of OECD economies with regard to a set of selected variables that represent different macrolevel dimensions. Cluster analysis and linear ordering were applied, which made it possible to group the countries into separate clusters. The most obvious difference was found for the cluster consisting of Luxembourg, Belgium, France, and Spain, relative to the group that includes Mexico and Türkiye and the cluster that comprises Korea, Latvia, Japan, and Lithuania. Influential variables for grouping countries were old-age income poverty, public transfers in the form of pensions, effective labour market exit age, and differences between expected years in retirement for women and men. The cluster analysis for 2020 also revealed the general difference between European countries and the rest of the OECD economies, as well as the importance of regional differences. The results also indicate that the clusters partially correspond to the differentiation of OECD countries based on the typology of the pension regimes, as outlined in the literature. Finally, comparing the 2020 clusters with the pre-Covid-19 pandemic results (2018) indicates that countries in the top and bottom-ranked groups were resistant to the pandemic shock. [Abstract]

Kramer., M. D. et Bleidorn, W. (2024). "The Well-Being Costs of Informal Caregiving". Berlin, D.I.W. *SOEP Papers* **1214**

https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.929247.de/diw_sp1214.pdf

How does informal care affect caregivers' well-being? Theories and existing research provide conflicting answers to this question, partly because the temporal processes and conditions under which different aspects of well-being are affected are unknown. Here, we used longitudinal data from Dutch, German, and Australian representative panels (281,884 observations, 28,663 caregivers) to examine theoretically derived hypotheses about changes in caregivers' life satisfaction, affective experiences, depression/anxiety, and loneliness. Overall, results provided evidence for negative well-being effects after the transition into a caregiver role, with more pronounced and longer-lasting well-being losses in women than men. We further found that well-being losses were larger with more time spent on caregiving, in both men and women. These results were robust across moderators of the caregiving context (care tasks, relationship with care recipient, and fulltime employment). Together, the present findings support predictions of stress theory and highlight lingering questions in theoretical frameworks of care-related well-being costs.

Bonsang, E. et Costa-font, J. (2023). "Does informal care from children to their elderly parents substitute for formal care in Europe?". Munich, CESifo *CESifo Working Paper* **10792**

https://www.cesifo.org/DocDL/cesifo1_wp10792.pdf

We revisit the universality of the “caregiving daughter effect”, which holds that daughters tend to provide more care to their older parents than sons. Based on rich European data, we document evidence of such an effect in countries with large gender disparities in employment rates, where having daughters also depresses the demand for formal care. In contrast, we find evidence consistent with the “demise of the caregiving daughter” when exposed to narrower gender gaps, where there is no more daughters’ effect on formal care. These results point to a reconsideration of caregiving system design amidst the rise of female employment.

Henz, U. (2023). "The ageing of parent carers :classed and gendered care-giving patterns at higher ages". *Ageing & Society* , **43**(4) : 790 - 813

<https://doi.org/10.1017/S0144686X21000799>

Increasing longevity has led to a rising number of adult children who are at higher ages when they provide care for their parents. Drawing on the lifecourse approach and exchange theory, the paper addresses similarities and differences in parent care between late middle-aged and older adult children. The study uses the UK Household Longitudinal Study, restricting the analysis sample to individuals aged 50 and older with a living parent or parent-in-law. It presents multivariate models to examine differences between late middle-aged (aged 50–64) and older (aged 65+) children in being a parent carer, providing intensive care, the duration of parent care and providing selected types of help to parents. The involvement in parent care increases among women up to the end of their seventh decade of life and for men up to their eighth decade of life. At higher ages, the proportion of parent carers decreases more strongly for women than men. Older carers have shorter care-giving episodes than younger carers, but there is no significant difference in the type of care provided. Even past retirement age, parent care remains classed and gendered, with women from lower social classes having the highest likelihood of providing intensive parent care in old age. Having dependent children or living in a non-marital union depress the likelihood of caring for a parent even past retirement age. [Abstract]

Korfhage, T. et Fischer-weckemann, B. (2023). "Long-run consequences of informal elderly care and implications of public long-term care insurance". Mannheim, Leibnitz Information Centre for Economic Research ZEW Discussion Papers 23-030

<https://econpapers.repec.org/paper/zbwzewdip/23030.htm>

We estimate a dynamic structural model of labor supply, retirement, and informal care supply, incorporating labor market frictions and the German tax and benefit system. We find that in the absence of Germany’s public long-term insurance scheme, informal elderly care has adverse and persistent effects on labor market outcomes and, thus, negatively affects lifetime earnings and future pension benefits. These consequences of caregiving are heterogeneous and depend on age, previous earnings, and institutional regulations. Policy simulations suggest that public long-term care insurance policies are fiscally costly and induce negative labor market effects. But we also show that they can offset the personal costs of caregiving to a large extent and increase welfare for those providing care, especially for low-income individuals.

Costa-font, J., D'Amigo, F. et Vilaplana-Prieto, C. (2022). "Caring for Carers? The Effect of Public Subsidies on the Wellbeing of Unpaid". Bonn, I.Z.A. IZA Discussion Paper 15369

<https://docs.iza.org/dp15369.pdf>

We study the effect of long-term care (LTC) subsidies and supports on the wellbeing of unpaid caregivers. We draw on evidence from a policy intervention, that universalized previously means-tested caregiving supports in Scotland, known as free personal care (FPC). We document causal evidence of an increase in the well-being (happiness) of unpaid carers after the introduction of FPC. Our estimates suggest economically relevant improvements in the happiness (12pp increase in subjective wellbeing) among caregivers exposed to FPC and that provide at least 35 hours of care per week. Consistently, these results are larger among women and non-actively employed caregivers (17pp increase in happiness). Estimates are not driven by selection into caregiving (we find similar wellbeing effects among caregivers at baseline and caregivers throughout the sample) and are driven by income effects of FPC among caregivers.

Rocard, E. et Llena-Nozal, A. (2022). "Supporting informal carers of older people: Policies to leave no carer behind". Paris, O.C.D.E. OECD Health Working Paper 140

https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/supporting-informal-carers-of-older-people_0f0c0d52-en

Informal carers – family and friends who perform care - are the first line of support for older people. About 60% of older people who receive care at home report receiving only informal care across OECD countries. While informal carers help to contain public costs, those costs are borne elsewhere. Women perform the majority of informal care, posing a barrier to their labour market participation. It is generally impacted when caring over 20 hours per week. The COVID-19 pandemic has increased pressures on carers. Making informal care a choice without constraints requires a comprehensive set of policies. Countries have taken steps, though more could be done. While access to information has improved, counselling and training depends heavily on the voluntary sector and respite typically remains insufficient. About two-thirds of OECD countries provide direct or indirect cash benefits to informal carers. Nearly two-thirds also mandate paid or unpaid care leave entitlements.

Bergeot, J. et Tenand, M. (2021). "Does informal care delay nursing home entry? Evidence from Dutch linked survey and administrative data". Paris, C.E.P.R.E.M.A.P. Document de travail (Docweb) 2105

<http://www.cepremap.fr/depot/docweb/docweb2105.pdf>

Nous examinons si le fait de recevoir une aide informelle affecte de manière causale la probabilité de rentrer en maison de retraite. La littérature conclut généralement que recevoir une aide informelle permet de réduire le risque d'admission, mais ces études proviennent uniquement des États-Unis où les séjours en maison de retraite sont souvent temporaires. En exploitant des données d'enquête appariées à des données administratives sur les personnes âgées de plus de 65 ans aux Pays-Bas, nous utilisons la proportion de filles parmi les enfants comme prédicteur, a priori exogène, du fait de recevoir une aide informelle. Nos résultats suggèrent que les admissions en maison de retraite sur une période de trois ans sont réduites par le recours à une aide informelle pour les personnes ayant des limitations légères, alors qu'elles s'en trouvent accrues pour les personnes ayant des limitations sévères. Pour ces dernières, bien que l'aide informelle augmente le coût des soins consommés, elle entraîne également une diminution de l'utilisation des soins de réhabilitation et de la mortalité. Par conséquent, les décideurs publics ne devraient pas s'attendre à ce que promouvoir le soutien informel entraîne systématiquement une baisse du taux d'institutionnalisation et des coûts des soins. Pour autant, l'aide informelle peut tout de même s'avérer bénéfique : une admission en temps voulu peut s'accompagner d'avantages en termes de bien-être et de survie qui peuvent dépasser les coûts supplémentaires qui l'accompagnent.

Guets, W. (2021). "Does the formal home care provided to old-adults persons affect utilisation of support services by informal carers? An analysis of the French CARE and the U.S. NHATS/NSOC surveys". Ecully, C.N.R.S. UMR 5824

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:hal:wpaper:halshs-03115306&r=age>

The role of informal carers in long-term care sheds light on the struggle related to population ageing and the increasing incidence of chronic disease. However, despite the increasing number of informal carers, most of them experienced the burden of caregiving. Since various policies have been implemented across countries to support informal carers, their attitude toward support services should be addressed. This research consisted of investigating how formal home care affected the utilisation of support services by informal carers. Data used stemmed from the 2015 Survey Capacité Aide et Ressources des Seniors ("CARE ménage") collected in France; and the National Health and Aging Trends Survey (NHATS) with the National Survey of Caregiving (NSOC) in the United States of America (U.S.). Andersen's health behavioural model of support services utilisation provided a conceptual framework for investigating predisposing, enabling, and need variables associated with informal carers services use. We used a probit model for econometrics modelling. We also checked for the endogeneity of formal care. A sample of N = 4,866 in France and N = 1,060 in the U.S. informal carers and care recipients' dyads were used in the study. In France, the care recipients' formal care utilisation does not influence the carer support service use. Comparatively, in the United States, formal care significantly increases the respite services utilisation by informal carers. This study provides important implications for Long-Term Care (LTC) dedicated to health policy, for an optimal trade-off between informal and formal care use, bearing in mind health system specificities. First, countries may spend more funds in innovative support programs in access to care, because some carers may have difficulties in accessing and using support services. Secondly, to provide and foster information campaigns to raise awareness concerning the utilisation of various existing health services, to improve social welfare.

Roquebert, Q., Sicsic, J., Rapp, T., et al. (2021). "Health measures and long-term care use in the European frail population." *The European Journal of Health Economics* **22**(3): 405-423.

This paper explores the association between health measures and long-term care (LTC) use in the 70+ old population. We examine how different measures of health—subjective versus objective—predict LTC use, provided either formally or informally. We consider an absolute measure of subjective health, the grade given by the individual to his/her health status and additionally construct a relative measure capturing the difference between this grade and the average grade given to health by individuals sharing the same characteristics. Conceptually, this difference comes from the perception of the individual, corresponding to both the private health information and the reporting behavior affecting self-rated health. We use the baseline data from the SPRINTT study, an ongoing randomized control trial on 1519 subjects facing physical frailty and sarcopenia (PF&S) in 11 European countries. Our sample population is older than 70 (mean: 79 years) and comprises a majority (71%) of women. Results show that self-rated health indicators correlate to formal care even when objective health measures are included, while it is not the case for informal care. Formal care consumption thus appears to be more sensitive to the individual's perception of health than informal care.

Evamdrou, M., Falkingham, J., Min, Q., et al. (2020). "Older and 'staying at home' during lockdown: informal care receipt during the COVID-19 pandemic amongst people aged 70 and over in the UK". Southampton, University of Southampton

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:osf:socarx:962dy&r=age>

Understanding Society Wave 9 data collected in 2018/19, in order to examine the extent of support received by individuals aged 70 and over in the first four weeks of lockdown from family, neighbours or friends not living in the same household, and how that support had changed prior to the outbreak of the coronavirus pandemic. The research distinguishes between different types of households as, given with guidance not to leave home and not to let others into the household, those older people living alone or living only with a partner also aged 70 and above are more likely to be particularly vulnerable. The results highlight both positive news alongside causes for concern. The receipt of assistance with Instrumental Activities of Daily Living (IADLs), especially shopping, has increased particularly among those living alone or with an older partner, reflecting the rise of volunteering and community action during this period. However, not all older people reported a rise, and the majority reported 'no change', in the support received. Moreover, amongst those older people reporting that they required support with at least one Activity of Daily Living (ADL) task prior to the pandemic, around one-quarter reported receiving no care from outside the household and one-in-ten of those with two or more ADL care needs reported receiving less help than previously. Although formal home care visits have continued during the pandemic to those who have been assessed by the local government to be in need, it is important to acknowledge that some older people risk not having the support they need.

Sacco, L. b., Koning, S. et Westerlund, H. (2020). "Informal caregiving and quality of life among older adults: Prospective analyses from the Swedish Longitudinal Occupational Survey of Health (SLOSH)"
<https://osf.io/download/5e3834e8fa39b701541db6c6/>

Providing unpaid informal care to someone who is ill or disabled is a common experience in later life. While a supportive and potentially rewarding role, informal care can become a time and emotionally demanding activity, which may hinder older adults' quality of life. In a context of rising demand for informal carers, we investigated how caregiving states and transitions are linked to overall levels and changes in quality of life, and how the relationship varies according to care intensity and burden. We used fixed effects and change analyses to examine six-wave panel data (2008–2018) from the Swedish Longitudinal Occupational Survey of Health (SLOSH, n=5076; ages 50–74). The CASP-19 scale is used to assess both positive and negative aspects of older adults' quality of life. Caregiving was related with lower levels of quality of life in a graded manner, with those providing more weekly hours and reporting greater burden experiencing larger declines. Two-year transitions corresponding to starting, ceasing and continuing care provision were associated with lower levels of quality of life, compared to continuously not caregiving. Starting and ceasing caregiving were associated with negative and positive changes in quality of life score, respectively, suggesting that cessation of care leads to improvements despite persistent lower overall levels of quality of life. Measures to reduce care burden or time spent providing informal care are likely to improve the quality of life of older people.

Luedecke, D., Bien, B., McKee, K., et al. (2018). "For better or worse: Factors predicting outcomes of family care of older people over a one-year period. A six-country European study." *Plos One* **13**(4): 18

<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371%2Fjournal.pone.0195294>

Demographic change has led to an increase of older people in need of long-term care in nearly all European countries. Informal carers primarily provide the care and support needed by dependent people. The supply and willingness of individuals to act as carers are critical to sustain informal care resources as part of the home health care provision. This paper describes a longitudinal study of informal care in six European countries and reports analyses that determine those factors predicting the outcomes of family care over a one year period.

Albertini, M. (2016). Ageing and family solidarity in Europe: patterns and driving factors of intergenerational support. Washington Banque mondiale.

<http://documents.worldbank.org/curated/en/499921467989468345/pdf/WPS7678.pdf>

Ce document, publié par la Banque mondiale, met en lumière les facteurs qui soutiennent la solidarité intergénérationnelle dans les familles européennes. Il montre que la probabilité d'un soutien intergénérationnel est plus élevée dans les pays scandinaves et plus faible dans le sud de l'Europe. Les inégalités de genre liées au vieillissement sont documentées

Humphries, R., et al. (2016). Social care for older people. Home truths. Londres King's Fund Institute

<http://www.kingsfund.org.uk/publications/social-care-older-people>

This report looks at the current state of social care services for older people in England, through a combination of national data and interviews with local authorities, NHS and private providers, Healthwatch and other groups. It considers the impact of cuts in local authority spending on social care providers and on older people, their families and carers. Alongside this work, we were commissioned by the Richmond Group of Charities to interview older people about their experiences of social care.

Fontaine, R., et al. (2015). Older adults living with cognitive and mobility-related limitations: social deprivation and forms of care received. In : Ageing in Europe - Supporting Policies for an Inclusive Society, Berlin : Degruyter: 103-150.

Limitations in cognitive functioning in older adults are often related to dementia or similar conditions and may serve as a predictor in the absence of a clinical diagnosis. Social deprivation is significantly associated with cognitive and mobility related limitations. Cognitive and mobility-related limitations in older adults are both associated with the use of formal and informal help at home. Living alone is more unlikely for older people with severe cognitive limitations or dementia but not for those with mobility-related limitations. It is suggested to systematically examine the social environment of older adults who show early symptoms of cognitive impairment since they may be at risk of social deprivation.

Ostermann, H., et al. (2015). A cost/benefit analysis of self-care systems in the European Union. Bruxelles Communauté européenne

Self-care is what individuals, families and communities do with the intention to promote, maintain, or restore health and to cope with illness and disability with or without the support of health professionals such as pharmacists, doctors, dentists and nurses. It includes but is not limited to self-prevention, self-diagnosis, self-medication and self-management of illness and disability. The EFPC 2016 conference in Riga will touch upon the subject of self-care and informal care.

Quelques sites sur la problématique du vieillissement

- **Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)**

<https://www.cnsa.fr/>

- Espace « Age de la vie » de Santé Publique France

<https://www.santepubliquefrance.fr/la-sante-a-tout-age/la-sante-a-tout-age/adultes-et-avancee-en-age>

- Espace « Personnes âgées » du ministère chargé de la Santé

<https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/>

- Haut Conseil de la famille, de l'Enfance et de l'Age (HCFEA)

<https://hcfea.gouv.fr/>

- Pour les personnes âgées.fr

<https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/>

- Programme Prioritaire de Recherche Autonomie

<https://ppr-autonomie.com/>

Quelques revues spécialisées

[Ageing and Society](#)

[European journal of ageing](#)

[Gérontologie et société](#)

[Journal of Gerontology, serie B : psychology and social sciences](#)

[Journal of the American Geriatrics Society](#)

[Retraite et Société](#)

[The Gerontologist](#)

[NBER Working Paper : serie Economics of aging](#)

Quelques grandes enquêtes sur le vieillissement

En France

ENQUETES FRANCAISES

- Dispositif d'enquêtes « Autonomie » (2021-2025)

[Voir la présentation sur le site de la Drees](#)

- Enquête Aide sociale : volet personne handicapée / personne âgée

[Voir la présentation sur le site de la Drees](#)

- Enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA)

[Voir la présentation sur le site de la Drees](#)

- Enquêtes Capacités, Aides et Ressources des seniors (CARE)

[Voir la présentation sur le site de la Drees](#)

- Enquêtes sur la situation des aidants (en collaboration de l'IPP)

[Voir la présentation sur le site de la Drees](#)

AUX ÉTATS-UNIS

- Health and Retirement study (HRS)

[Voir la présentation sur le site dédié](#)

- National Health and Aging Trends Study (NHATS)

[Voir la présentation sur le site dédié](#)

- National Survey of Caregiving (NSOC)

[Voir la présentation sur le site dédié](#)

EN EUROPE

- Enquête Share

Voir la présentation sur les sites dédiés : [site général](#) / [site français](#)

- Irlande : [Irish Longitudinal Study on ageing](#)

- English Longitudinal Study on Ageing (Elsa)

[Voir la présentation sur le site dédié](#)

AUTRES PAYS

- Canada: [Canadian Longitudinal Study on Aging](#)

- Corée: [Korean Longitudinal study on Ageing](#)

- Chine: [China Health and Retirement Longitudinal Study \(CHARLS\)](#)

Japanese Study of Aging and Retirement (JSTAR) : [Voir la présentation sur le site dédié](#)

- Mexique : [Mexican Health and Aging Study](#)

Nouvelle Zélande : [Health Work and Retirement Longitudinal Study](#)