

Vieillessement et santé

Eléments de bibliographie

<i>Introduction</i>	2
<i>Aspects démographiques</i>	2
<i>Etat de santé</i>	4
1-Etudes Irdes	4
2. Etudes françaises	12
3. En Europe /A l'étranger	33
<i>Dépenses de santé</i>	40
1-Etudes Irdes	40
2-Etudes françaises	42
3-En Europe, à l'étranger	48
<i>Quelques sites sur la problématique du vieillissement</i>	62

Introduction

Cette bibliographie traite, de manière non exhaustive, des différentes problématiques abordées par l'Irdes ayant trait au vieillissement. La thématique du financement de la dépendance des personnes âgées fait l'objet d'une synthèse documentaire spécifique que vous trouverez dans l'espace documentation de l'Irdes :

<http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/FinancementDependance.pdf>

Vous trouverez également une recension des travaux menés par l'Irdes sur ces thèmes dans l'espace recherche :

<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Bibliographies/Themes/Vieillesse.html>

Aspects démographiques

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

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

http://www.solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_G2_DEF.pdf

Sieurin A., Cambois E., Robine J.M. (2011). Les espérances de vie sans incapacité en France: une tendance récente moins favorable que dans le passé : Paris : INED

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

http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1529/publi_pdf1_170.pdf

Blanpain N. (2010). 15 000 centenaires en 2010 en France, 200 000 en 2060 ? *Insee Première*, (1319) : -4p.

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

<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1319/ip1319.pdf>

Blanpain N., Chardon O. (2010). Projections de population à l'horizon 2060. Un tiers de la population âgé de plus de 60 ans. *Insee Première*, (1320) : -4p.
Abstract: Si les tendances démographiques récentes se maintiennent, la France métropolitaine comptera 73,6 millions d'habitants au 1er janvier 2060, soit 11,8 millions de plus qu'en 2007. Le nombre de personnes de plus de 60 ans augmentera, à lui seul, de plus de 10 millions. En 2060, une personne sur trois aura ainsi plus de 60 ans. Jusqu'en 2035, la proportion de personnes âgées de 60 ans ou plus progressera fortement, quelles que soient les hypothèses retenues sur l'évolution de la fécondité, des migrations ou de la mortalité. Cette forte augmentation est transitoire et correspond au passage à ces âges des générations du baby-boom. Après 2035, la part des 60 ans ou plus devrait continuer à croître, mais à un rythme plus sensible aux différentes hypothèses sur les évolutions démographiques
<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1320/ip1320.pdf>

Chardon O., Blanpain N. (2010). Projections de population 2007-2060 pour la France métropolitaine. *Insee Résultats : Société*, (117) : -23p.
Abstract: Un scénario de projection est une combinaison d'hypothèses sur les trois composantes du mouvement de la population : fécondité, mortalité et migrations. Pour chaque composante, trois hypothèses sont retenues. Les données téléchargeables permettent de consulter et de comparer les 27 scénarios de projections de population par sexe et âge du 1er janvier 2007 au 1er janvier 2060 élaborés par l'Insee pour la France métropolitaine. Les résultats de trois scénarios dits de travail, à vocation pédagogique (« mortalité constante », « solde migratoire nul » et « fécondité européenne »), sont également accessibles. Sont disponibles les populations détaillées chaque année par sexe et âge (âge par âge jusqu'à 107 ans, puis regroupé au-delà), les projections des nombres annuels de naissances par âge de la mère et nombres annuels de décès par sexe et âge. Les données concernant les hypothèses de projection sont également fournies : taux de fécondité par âge de la mère, quotients de décès par sexe et âge, espérance de vie à 0 an, à 60 ans et à 65 ans et solde migratoire par sexe et âge
<http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/irweb.asp?id=projpop0760>

United Nations (2007). World population Ageing 2007 : New York : ONU.
Abstract: The 2007 edition of World Population Ageing presents the current assessment of the status of the world's older population and prospects for the future. It updates and expands a previous report released in 2002 at the time of the Second World Assembly on Ageing. The report provides a description of global trends in population ageing and includes key indicators of the ageing process for each of the major areas, regions and countries of the world. Data are taken mainly from the 2004 Revision of the official United Nations world population estimates and projections. Other sources include different United Nations Organizations, the United States Social Security Administration and recent United Nations publications

Dumont G.F. (2006). Les territoires face au vieillissement en France et en Europe. Géographie - politique - prospective. Carrefour. Paris : Ellipses
Abstract: Le vieillissement de la population est un phénomène majeur du XXI^e siècle. Or, les débats sur cette question ne se sont souvent centrés que sur la question du financement des retraites. Le vieillissement suscite pourtant nombre d'autres interrogations. Il est en effet fort diversifié selon ses facteurs, qui peuvent être une fécondité abaissée, une longévité accrue des personnes âgées, les caractéristiques d'âge des flux migratoires ou les héritages démographiques. En outre, l'intensité, le rythme et la nature du vieillissement sont très disparates selon les territoires. Ce livre est le premier à traiter l'ensemble des questions posées par le vieillissement des territoires français et européens, avec des analyses à toutes les échelles géographiques, des pays aux communes en passant par les régions, les aires urbaines, les départements ou les agglomérations, avec des exemples de la péninsule Ibérique à la Pologne en passant par la France, la Belgique, l'Italie ou l'Allemagne. Ce livre est également le premier à approfondir la question de l'augmentation du nombre des personnes âgées (la " gérontocroissance ") et de ses conséquences. Il présente une mine d'analyses, de prospectives,

de réflexions sur tous les aspects géographiques du vieillissement des populations et sur les politiques qu'il requiert (Résumé de l'éditeur)

Etat de santé

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

1-Etudes Irdes

Lengagne P. (2011). Récompense au travail ressentie et santé des *seniors*. *Questions d'Economie de la Santé* (166) : 8p.

Abstract : Selon le modèle de Siegrist, le sentiment de recevoir une faible récompense au travail en contrepartie de l'effort fourni représente un facteur de risque psychosocial affectant la santé. À partir de l'enquête européenne SHARE, menée en 2004 et 2006 auprès des personnes de 50 ans et plus, cette étude propose de mesurer l'effet de ce déséquilibre entre récompense et effort sur l'état de santé des seniors, puis d'identifier des facteurs relatifs au travail pouvant expliquer ce déséquilibre. Selon nos résultats, la probabilité de déclarer des limitations d'activités est supérieure de 8 points pour les seniors en emploi estimant recevoir une faible récompense au travail en 2004 et 2006. La probabilité de déclarer des douleurs articulaires ou maux de dos est, quant à elle, supérieure de 12 points. Le sentiment de recevoir une faible récompense au travail, davantage observé chez les ouvriers et employés que chez les cadres, est également associé à la pénibilité physique, à la charge de travail et au risque de perdre son emploi. Cette perception concerne moins souvent les salariés de petites entreprises (moins de 15 salariés) et les indépendants que les entreprises de taille moyenne (25 à 199 salariés). Enfin, des écarts élevés de récompense au travail ressentie entre pays européens ressortent. Ceux-ci reflètent les différences entre les pays les plus performants en termes d'emploi des seniors, dont les pays du nord de l'Europe, et les moins performants, comme la France.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes166.pdf>

Sirven N., Debrand T. (2011). Social capital and health of older Europeans. From reverse causality to health inequalities : Paris : Irdes

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

effets individuels bénéfiques, le capital social est un vecteur potentiel d'accroissement des inégalités de santé parmi les personnes âgées (résumé d'auteur)

<http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT40SocialCapitalHealthOlderEuropeans.pdf>

Jusot F., Tubeuf S., Trannoy A. (2010). Inequality of Opportunities in Health in Europe: Why So Much Difference Across Countries? York : HEDG
Abstract: Among inequalities in health, those which are explained by circumstances during childhood or parents' characteristics are recognized as inequalities of opportunities in health and are considered as the most unfair. Tackling health inequalities in later life and improving the underlying socioeconomic determinants for older people is at the core of the European Union healthy-ageing strategy. We use the 2004 Survey on Health Ageing and Retirement in Europe and examine the influence of social and family background on the probability of reporting a good self-assessed health in adulthood using logistic models in ten European countries. The comparison of the odds ratios associated with family background without and with adjustment for individual educational level and occupation allows assessing the direct influence of family background and its influence through the determination of individual social status. Using the Gini index, we evaluate the magnitude of inequalities of opportunities in health, regardless of the mechanism of transmission and consider it in comparison with several indicators of economic and sanitary conditions. Inequalities of opportunity are more marked in Mediterranean and Germanic countries than in Nordic and Benelux countries. For instance, they are twice more important in Spain than in Sweden. Whereas they are mainly explained by social reproduction in most countries a direct effect of fathers' occupation on adult health remains in Belgium, Germany, Italy and Spain. There are country-specific protective social backgrounds: son of agricultural workers in Belgium, and son of technicians or fathers in armed forces in Spain. Parents' longevity has a significant protective effect on adult health. Differences in inequalities of opportunities in health between European countries emphasize the importance of policies reducing either social reproduction or intergenerational reproduction of health
http://www.york.ac.uk/res/herc/documents/wp/10_26.pdf

Lenormand M.C., Sermet C., Sirven N. (2010). La santé des seniors en emploi : résultats de l'enquête européenne SHARE 2006. Questions d'économie de la Santé (Irdes), (160), -6p.
Abstract : Dans un contexte de vieillissement de la population et d'allongement de la vie active, la plupart des pays sont confrontés au défi du vieillissement en bonne santé. L'enquête Survey of Health Ageing and Retirement in Europe (SHARE), utilisée ici, permet d'explorer l'état de santé des personnes âgées de 50 à 59 ans en Europe et aussi d'en étudier les déterminants. Si des problèmes de santé non négligeables apparaissent dès 50 ans, on constate également une forte hétérogénéité des situations entre pays européens. Bien que la France détienne le record de l'espérance de vie, elle occupe actuellement une place relativement médiocre concernant l'état de santé de ses quinquagénaires. Après avoir comparé l'état de santé des actifs occupés avec celui des chômeurs et des inactifs, d'où il ressort un effet « travailleur en bonne santé », une attention particulière est portée aux déterminants de l'état de santé des seniors européens en emploi.
<http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes160.pdf>

Berchet C., Jusot F. (2009). Social capital and Health status: a protective impact among elderly or inactive but not among active ?, 31èmes Journées des économistes de la santé français. Rennes, 3-12-2009. Paris : CES
Abstract: Using a representative survey of the French population, the "Health, Health Care and Insurance Survey" (ESPS: "Enquête sur la santé et la protection sociale"), this study proposes to assess the causal effect of social participation on health status in a multiple activity perspective. In a first step of the analysis, we intend to compare among active and inactive population the association between social participation and self-assessed health status. Since the correlation that we may expect between social capital and self-assessed health status should not be considered as causality, we secondly attempt to resolve the identification issue of social

participation using instrumental variables, in order to establish a causal pathway between social capital and health status. To perform this work we propose to use the language spoken during childhood as an instrument to social capital. The paper is structured as follows: the next section presents a theoretical background concerning the concept of social capital and some empirical evidences which associate social capital to individual health. Section 3 introduces the data and variables used in the regression analyses. The methodology and the estimation strategy are also presented in this section. The results are presented in section 4, followed by a conclusion in section 5

http://www.ces-asso.org/Pages/default_fr.htm

Camirand J., Sermet C., Dumitru V., Guillaume S. (2009). La santé perçue des 55 ans et plus en France et au Québec : différences et similitudes. *Questions D'Economie de la Sante (Irdes)*, (142) : -8p.

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

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes142.pdf>

Trannoy A., Tubeuf S., Jusot F., Devaux M. (2009). Inequality of opportunities in health in France : a first pass. *Health Economics*, 40, fig.

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

Barange C., Eudier V., Sirven N. (2008). L'enquête SHARE sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe devient longitudinale : Les données de la deuxième vague sont désormais disponibles. *Questions D'Economie de la Sante (Irdes)*, (137) : -4p.

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

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes137.pdf>

Debrand T., Lengagne P. (2008). Working conditions and health of european older workers : Paris : Irdes

Abstract: Working conditions have greatly evolved in recent decades in developed countries. This evolution has been accompanied with the appearance of new forms of work organisation that may be sources of stress and health risk for older workers. As populations are ageing, these issues are particularly worrying in terms of the health, labour force participation and Social Security expenditure. This paper focuses on the links between quality of employment and the health of older workers, using the Share 2004 survey. Our research is based on two classical models: the Demand-Control model of Karasek and Theorell (1991) and the Effort-Reward Imbalance model of Siegrist (1996), which highlight three main dimensions: Demand that reflects perceived physical pressure and stress due to a heavy work load; Control that refers to

decision latitude at work and the possibilities to develop new skills; and Reward that corresponds to the feeling of receiving a correct salary relatively to efforts made, of having prospects for personal progress and receiving deserved recognition. These models also take into account the notion of support in difficult situations at work and the feeling of job security. Our estimations show that the health status of older workers is related to these factors. Fairly low demand levels and a good level of reward are associated with a good health status, for both men and women. Control only influences the health status of women. Lastly, the results reveal the importance on health of a lack of support at work and the feeling of job insecurity; regardless of gender; these two factors are particularly related to the risk of depression. Thus health status and working condition- s are important determinants of the labour force participation of older workers (résumé d'auteur)

<http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT8WorkingCond-HealthEuropOldWorkers.pdf>

Devaux M., Jusot F., Trannoy A., Tubeuf S. (2008). La santé des seniors selon leur origine sociale et la longévité de leurs parents. *Economie et Statistique*, (411) : 25-46.
Abstract: A partir des données de l'enquête Share, cette recherche étudie, pour la première fois en France, le rôle de la profession des deux parents et de leur état de santé, sur celui de leurs descendants à l'âge adulte, en contrôlant pour les caractéristiques socioéconomiques de ceux-ci. La comparaison des distributions de santé des seniors selon le milieu social d'origine et la longévité des ascendants directs témoignent de l'existence d'inégalités des chances en santé chez les seniors. Au-delà de son association avec la situation sociale actuelle de l'individu- , l'état de santé à l'âge adulte est directement influencé par le statut socioéconomique de la mère, le statut socioéconomique du père ayant au contraire une influence indirecte passant par la détermination du statut socioéconomique de l'enfant. Une transmission intergénérationnelle de la santé est également observée : la longévité relative du père et en particulier son statut vital influence la santé à l'âge adulte

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

Sirven N., Debrand T. (2008). Social participation and healthy ageing : An international comparison using SHARE data. *Social Science & Medicine*, 67 (12) 2017-2026.
Abstract: Using the Survey of Health, Ageing & retirement in Europe (SHARE) data for respondents aged 50 years and over in 2004, this study evaluates the potential contribution of increased social participation to self-reported health (SRH) in 11 European countries. The probability to report good or very good health is calculated for the whole sample (after controlling for age, education, income and household composition) using regression coefficients estimated for individuals who do and for those who do not take part in social activities (with correction for selection bias in these two cases). Counterfactual national levels of SRH are derived from integral computation of cumulative distribution functions of the predicted probability thus obtained. The analysis reveals that social participation contributes by three percentage points to the increase in the share of individuals reporting good or very good health on average. Higher rates of social participation could improve health status within the whole sample and within most countries. Context and institutional arrangement (such as income inequality) may explain differences in social participation health efficiency

Sirven N., Debrand T. (2008). Promoting social participation for healthy ageing : a counterfactual analysis from the survey of health, ageing, and retirement in Europe (Share) : Paris : Irdes
Abstract: Encourager la participation sociale des personnes âgées (par exemple, par l'adhésion à des associations) est souvent perçu comme une stratégie prometteuse pour « vieillir en bonne santé » en Europe. Bien que la littérature académique, toujours croissante, remette en question l'idée qu'il existe un lien manifeste entre la participation sociale et la santé, certains travaux suggèrent qu'une telle relation (positive et significative) serait vérifiée pour les personnes âgées. Une raison pourrait être trouvée dans le fait qu'elles ont plus de temps pour participer à des activités sociales (en raison de la retraite, d'obligation- s familiales moins contraignantes, etc.) et, qu'ainsi, leur engagement dans des associations concourt au maintien d'un réseau relationnel suffisamment développé pour permettre un soutien social et affectif. Un tel réseau participerait

par ailleurs à l'entretien des capacités cognitives des individus. En utilisant les données de l'enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe (SHARE) obtenues, en 2004, auprès de personnes âgées de cinquante ans et plus, cette étude propose de tester ces hypothèses en évaluant la contribution de la participation sociale à l'état de santé auto-déclaré dans onze pays européens. La probabilité de déclarer une bonne ou une très bonne santé est calculée pour l'échantillon complet (après avoir contrôlé les effets de l'âge, du niveau d'éducation, du revenu et de la composition du ménage) en utilisant des coefficients de régression estimés pour les individus qui ont une activité sociale, ainsi que pour ceux qui n'ont pas (avec correction du biais de sélection dans ces deux cas). Les niveaux nationaux d'états de santé auto-déclarés sont obtenus à partir du calcul intégral des fonctions de distribution cumulative des probabilités prédites. L'analyse montre que la participation sociale contribue pour trois pour-cent à l'augmentation de la proportion des individus déclarant en moyenne une bonne ou une très bonne santé. Des taux de participation sociale plus élevés pourraient améliorer l'état de santé et réduire les inégalités de santé au sein de l'échantillon complet et au sein de chaque pays. Nos résultats suggèrent que les politiques visant à « vieillir en bonne santé » basées sur l'encouragement à la participation sociale peuvent être bénéfiques pour les personnes âgées en Europe

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

Tubeuf S., Jusot F., Devaux M., Sermet C. (2008). Social heterogeneity in self-reported health status and measurement of inequalities in health : Paris : Irdes
Abstract: This study aims to analyse the impact of the measurement of health status on socioeconomic inequalities in health. A MIMIC model with structural equations is used to create a latent variable of health status from four health indicators: self-assessed health, report of chronic diseases, report of activity limitations and mental health. Then, we disentangle the impact of sociodemographic characteristics on latent health from their direct impact on each health indicator and discuss their effects on the assessment of socioeconomic inequalities in health. This study emphasises differences in inequalities in health according to latent health. In addition, it suggests the existence of reporting heterogeneity biases. For a given latent health status, women and old people are more likely to report chronic diseases. Mental health problems are over-reported by women and isolated people and under-reported by the oldest people. Active and retired people as well as non manual workers in the top of the social hierarchy more often report activity limitations. Finally, highly educated and socially advantaged people more often report chronic diseases whereas less educated people underreport a poor self-assessed health. To conclude, the four health indicators suffer from reporting heterogeneity biases and the report of chronic diseases is the indicator which biases the most the measurement of socioeconomic inequalities in health
<http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT12SocialHeterogeneitySelfReportHealthStatus.pdf>

Barnay T., Sermet S. (2007). Le vieillissement en Europe. Aspects biologiques, économiques et sociaux. Les études de la documentation Française; 5256. Paris : la documentation Française
Abstract: Réunissant les analyses de spécialistes, cet ouvrage évoque les multiples conséquences du vieillissement de la population qui touche les pays européens, à travers quelques thèmes centraux : l'état de santé des personnes âgées, les solidarités familiales, l'emploi des seniors, les dépenses de santé et celles liées à la retraite, à la dépendance... En 2050, un Européen sur trois aura plus de 60 ans et un sur dix plus de 80 ans : c'est la plus grande mutation démographique de l'histoire contemporaine du continent. Elle soulève d'ores et déjà nombre de questions sanitaires, économiques, sociales et politiques : comment vieillira-t-on demain ? Dans quel état de santé ? Dans quelles conditions de vie ? (montants des retraites, prise en charge de la dépendance et des dépenses de santé) (4^e de couverture)

Barnay T., Debrand T. (2007). L'état de santé comme facteur de cessation d'activité en Europe. In : Santé et travail. *Santé Société et Solidarité : Revue de L'Observatoire Franco-Québécois de la Santé et de la Solidarité*, (2/2006) : 119-131.
Abstract: Dans cet article, les auteurs exposent, dans un cadre européen, le rôle important de la

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

Blanchet D., Debrand T., Dourgnon P., Laferrere A. (2007). Santé, vieillissement et retraite en Europe. In : Santé, vieillissement et retraite en Europe. *Economie et Statistique*, (403-404) : 3-18. Abstract: Ce numéro présente une série d'étude francophones effectuées à partir de la vague 1 de l'enquête Share conduite en 2004 et 2005. Les auteurs présentent dans cet introduction les caractéristiques de l'enquête Share, les défis qu'elle représente et quelques-unes des réponses apportées par les auteurs de ce numéro. Les auteurs présentent également les limites de l'enquête, avec une attention particulière aux questions de comparabilité des données, notamment dans le domaine de la santé. Ils abordent enfin les prolongements de l'enquête qui ont été d'ores et déjà engagés

http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES403-404a.pdf

Debrand T., Lengagne P. (2007). Pénibilité au travail et santé des seniors en Europe. *Questions D'Economie de la Sante (Irdes)*, (120) : 1-6.

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

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes120.pdf>

Debrand T., Lengagne P. (2007). Pénibilité au travail et santé des seniors en Europe. In : Santé, vieillissement et retraite en Europe. *Economie et Statistique*, (403-404) : 19-38.

Abstract: Les conditions de travail ont beaucoup évolué au cours des dernières décennies dans les pays développés. Cette évolution s'est accompagnée de l'apparition de nouvelles formes d'organisation du travail pouvant être sources de pénibilité et de risques pour la santé. Dans un contexte de vieillissement des populations, ces problèmes sont particulièrement préoccupants, en matière de santé, d'emploi et de financement des retraites- . Cette étude s'intéresse aux liens existant entre l'organisation du travail et la santé des seniors à partir de l'enquête Share 2004. Elle se fonde sur deux modèles, celui de Karasek et Theorell (1991) et celui de Siegrist (1996) qui font intervenir trois principales dimensions : la pression ressentie qui reflète la pénibilité physique perçue et la pression due à une forte charge de travail, la latitude décisionnelle qui renvoie à la liberté d'action et aux possibilités de développer de nouvelles compétences, et la récompense reçue qui correspond au sentiment de recevoir un salaire correct relativement aux efforts fournis, d'avoir des perspectives d'avancement ou de progression personnelle et de recevoir une reconnaissance méritée. Ces modèles tiennent également compte de la notion de soutien dans le travail et du sentiment de sécurité de l'emploi

http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES403-404b.pdf

Debrand T., Lengagne P. (2007). Organisation du travail et santé des seniors en Europe : Paris : Irdes

Abstract: Les conditions de travail ont rapidement évolué au cours des dernières décennies dans les pays développés. Cette évolution s'est accompagnée de l'apparition de nouvelles formes d'organisation du travail s'avérant être sources de pénibilité et de risques pour la santé. Dans un contexte de vieillissement des populations, ces problèmes sont particulièrement préoccupants, en matière de santé, d'emploi et de financement des retraites- . Cette étude s'intéresse aux liens existant entre l'organisation du travail et la santé des seniors (50 ans et plus). A partir des

données de l'enquête SHARE 2004, les auteurs montrent que plusieurs facteurs liés à l'organisation du travail - tels qu'une forte demande psychologique, un manque de latitude décisionnelle, une récompense reçue par le travail insatisfaisante, l'absence de soutien dans le travail mais aussi l'insécurité de l'emploi - sont corrélées à l'état de santé des seniors. Dès lors, l'organisation du travail comme la santé constituent des déterminants importants de la sortie d'activité des seniors (résumé d'auteur)

<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT3OrganisationTravail.pdf>

Debrand T. (2007). La santé comme facteur explicatif du passage à la retraite en Europe. In F. Legros (Ed.), *Les retraites - Libres opinions d'experts européens* (pp. 184-193). Paris : Economica

Dourgnon P., Lardjane S. (2007). Les comparaisons internationales d'état de santé subjectif sont-elles pertinentes ? Une évaluation par la méthode des vignettes-étalons : Paris : Irdes
Abstract: Lorsque les modalités de réponse à une question de santé subjective sont utilisées différemment par différents individus, on dit que celles-ci sont affectées d'un effet DIF. Les auteurs présentent dans ce document une méthode non-paramétrique de détection et de correction de tels effets dans les auto-évaluations de santé subjective. Ils illustrent cette méthode par la mise en évidence d'un effet DIF potentiel dans le cas de l'auto-évaluation du niveau de douleur physique ressenti par des personnes âgées issues de différents pays européens et montrent comment le prendre en compte dans l'analyse statistique (résumé d'auteur)

<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT2ComparaisonsInter.pdf>

Barnay T., Debrand T. (2006). L'impact de l'état de santé sur l'emploi des seniors en Europe. *Questions D'Economie de la Sante (Irdes)*, (109) : -6p.

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

<http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum109.pdf>

Lucas-Gabrielli V., Tonnelier F. (2006). The health of elders parisiens. In G.M.K.ed. RODWIN (V.G.) / ed. (Ed.), *Growing older in world cities : New York, London, Paris and Tokyo* (pp. 252-267). Nashville : Vanderbilt University Press

Sermet C. (2004). Démographie et état de santé des personnes âgées. In M.BONNEL (Ed.), *Livre blanc de la gériatrie française* (pp. 25-32). Paris : ESV Production

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

Sermet C. (2002). Vieillesse et grandes pathologies. Quelles évolutions récentes ?, Actes du séminaire de Poigny-la-Forêt : l'état de santé des aînés : évolutions depuis 25 ans et interprétations. Poigny-la-Forêt, 19-3-1998. Paris : INED

Sermet C. (1998). Evolution de l'état de santé des personnes âgées en France : 1970-1996. *Questions D'Economie de la Sante (Credes)*, (12) : -6p.

Abstract: Cette synthèse, réalisée par le CREDES à la demande de l'intercommission n°5 de l'INSERM, permet de faire le point sur le vieillissement de la population en France et ses conséquences. Elle présente une synthèse des principaux indicateurs de santé des personnes âgées et de leur évolution depuis 25 ans. Trois volets y sont successivement abordés : les

grandes pathologies, l'incapacité et les indicateurs synthétiques d'état de santé. Pour chacun des thèmes évoqués, les informations existantes en matière de prévalence, tant déclarée que diagnostiquée, y sont confrontées et discutées

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes12.pdf>

Sermet C., Grandjean E. (1998). Evolution de l'état de santé des personnes âgées en France : 1970-1996. Questions en Santé Publique. Paris : INSERM ; CREDES

Abstract: Cet ouvrage permet de faire le point sur le vieillissement de la population en France et ses conséquences. Il présente une synthèse des principaux indicateurs de santé des personnes âgées et de leur évolution depuis 25 ans. Trois volets y sont successivement abordés : les grandes pathologies, l'incapacité et les indicateurs synthétiques d'état de santé. Pour chacun des thèmes évoqués, les informations existantes en matière de prévalence, tant déclarée que diagnostiquée, y sont confrontées et discutées

Le Pape A., Sermet C. (1997). La polypathologie des personnes âgées quelle prise en charge à domicile ? Paris : CREDES

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

Sermet C. (1994). La pathologie des personnes âgées en 1992. In : Données sociales et économiques sur la vieillesse. *Gérontologie et Société*, (71) : 24-41.

Abstract: La morbidité des personnes âgées se caractérise au plan des affections chroniques par une importante polypathologie et par la prédominance des maladies cardiovasculaires et ostéo-articulaires. L'altération de l'état de santé touche plus les femmes que les hommes et atteint son maximum pour les âges les plus élevés. L'hypertension artérielle, l'arthrose, les troubles du sommeil, les troubles du métabolisme des lipides, les varices des membres inférieurs, l'insuffisance circulatoire cérébrale figurent aux côtés des troubles ophtalmologiques et dentaires parmi les maladies les plus fréquemment citées. (conclusion de l'auteur)

Mizrahi A., Mizrahi A. (1994). L'évolution paradoxale de l'état de santé des personnes âgées en France : amélioration du pronostic vital, diminution de l'incapacité et augmentation du nombre de maladies, *Economics of Aging*. Sitges (Espagne), 25-6-1994. Paris : CREDES

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

Mizrahi A., Mizrahi A. (1993). Evolution des déficiences et des soins aux personnes âgées en institution : France 1977 - 1988. *Cleirppa Infos*, (36) : 4-5.

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

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

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

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

Sermet C. (1992). La pathologie des personnes âgées de 80 ans et plus en institution : enquête nationale France 1987-1988. Rapport CreDES. Paris : C.R.E.D.E.S.

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

2. Etudes françaises

Ministère chargé du travail. Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques. (2011). Emploi et santé des seniors durablement exposés à des pénibilités physiques au cours de leur carrière : l'apport de l'enquête « Santé et itinéraire professionnel ». *DARES Analyses*, (020) : -7p.

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

<http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2011-020.pdf>

(2010). L'état de santé des travailleurs âgés. *Retraite et Société*, (59) : -263p.

Abstract: [-]. Au cœur du débat sur le recul de l'âge de la retraite, ce numéro s'intéresse à la santé des 50-65 ans. Les différents articles sont empruntés à la démographie ou aux statistiques de la santé et du travail. Ils dressent un panorama de la santé des quinquagénaires et des sexagénaires, travailleurs ou inactifs, en France, en Europe, aux États-Unis ou encore au Canada. Ce dossier entend ainsi apporter des éléments de réponse à ces questions d'actualité en mettant en perspective différentes études sur les situations de santé et de travail des populations en fin de vie active. (extrait du 4e de couv.)

Cambois E., Barnay T., Robine J.M. (2010). Espérances de vie, espérances de vie en santé et âges de départ à la retraite : des inégalités selon la profession en France. *Retraite et Société*,

(59) : 194-205.

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

Dos Santos S., Makdessi Y. (2010). Une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées : premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008. *Etudes et Résultats (Drees)*, (718) : -8p.

Abstract: L'enquête Handicap-Santé en ménages ordinaires (HSM), réalisée par la DREES et l'INSEE en 2008, doit permettre d'actualiser les résultats de l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID), menée en 1999 dans les ménages ordinaires. Cette étude vise à évaluer le degré d'autonomie des adultes et des personnes âgées vivant à domicile. Privilégiant une approche large de l'autonomie et de la dépendance (au-delà du seul "handicap"), elle prend en compte les incapacités rencontrées au quotidien ainsi que l'environnement social et physique dans lequel vivent ces personnes. Il apparaît logiquement que les limitations fonctionnelles, qui mesurent les difficultés à accomplir des actes mobilisant les fonctions physiques ou cognitives, et les restrictions d'activité, qui décrivent les problèmes qui peuvent se poser à un individu dans la réalisation des actes de la vie quotidienne, augmentent avec l'âge et sont plus importantes chez les personnes de 60 ans ou plus. Au-delà de ce constat, la distinction de quatre groupes d'âge met en évidence des types de limitations spécifiques aux plus jeunes (les 20-39 ans) et aux plus âgés (les 80 ans ou plus). Les premiers sont, pour la quasi-totalité, autonomes mais une petite proportion se trouve dans une situation de forte dépendance. Aux âges élevés, les situations de forte dépendance conjuguent limitations physiques absolues et troubles cognitifs graves alors qu'avant 60 ans, seule la moitié des personnes fortement dépendantes présentent des troubles cognitifs graves

<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er718.pdf>

European Institute for Health. (2010). Tendances et ruptures dans le domaine de la santé en Europe à l'horizon 2030 - synthèse : sl : Accenture.

Abstract: Cette note de synthèse repose principalement sur la revue d'un nombre significatif d'études publiées en Europe sur la santé et les facteurs d'environnement tels que la démographie, l'économie, la sociologie ou encore l'évolution technologique touchant directement ou indirectement la santé. La très grande majorité des études met en lumière des tendances fondées sur un passé récent et en déduit des projections à moyen terme. Rares sont celles qui raisonnent à un horizon 20 ans. La projection des tendances de santé à cet horizon nécessite donc de compléter ces études par des essais à visée davantage prospective et de prendre des risques. Cette synthèse résume les problématiques déterminantes pour rendre compte de l'évolution de la santé dans les pays européens à l'horizon 2030. Cinq tendances ont été dégagées : vieillir jeune deviendra une priorité et un objectif partagés par tous les européens; le "risque santé" sera de plus en plus individualisé; Les patients seront au cœur d'un écosystème élargi à de nouveaux acteurs; l'hôpital sera recentré sur les soins grâce à une diffusion massive des nouvelles technologies; La santé sera un vecteur de croissance pour l'économie européenne

http://www.eih-eu.eu/Documents/founding_symposium_FR.pdf

Henon D. (2010). La santé des femmes en France. Paris : Editions des journaux officiels.

Abstract: La plus grande longévité des femmes est tempérée par des vulnérabilités spécifiques, le développement de comportements à risques et des inégalités d'accès aux soins. L'intégration professionnelle des femmes produit des effets positifs sur leur santé mais les expositions et nuisances liées à de nombreux emplois féminins demeurent largement invisibles car peu étudiées. Sur chacun de ces thèmes, le Conseil cible les efforts à faire pour améliorer la santé des femmes en mettant l'accent sur la prévention et la lutte contre les inégalités sociales pathogènes, toutes actions qui nécessitent une meilleure prise en compte du genre dans la recherche médicale et les politiques de santé publique (résumé d'auteur)

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000510/0000.pdf>

Libault D., Barnay T. (2010). Etat de santé, emploi des seniors, système de retraite: quels enjeux économiques ?

Abstract: Les différentes branches de la Sécurité sociale sont bien souvent décrites et analysées indépendamment les unes des autres. Le coût social de la santé est apprécié, par exemple, à partir du seul déficit de l'Assurance Maladie estimé pour le régime général à -11,5 milliards pour 2009 et -14,5 milliards d'euros pour 2010, ce qui représente près de 50 % du déficit global de la Sécurité sociale (LFSS, 2010). Or l'évolution de l'état de santé des populations joue un rôle déterminant sur le maintien dans l'emploi, et donc sur l'équilibre de la branche vieillesse, mais aussi sur la branche AT-MP à travers les risques professionnels. Ces relations se renforcent avec l'avancée en âge. L'état de santé des seniors de plus de 50 ans constitue ainsi, à bien des égards, un enjeu économique tout à fait déterminant dans un contexte où chaque année depuis 2006 environ 800 000 personnes atteignent l'âge de 60 ans contre 500 000 précédemment
<http://www.club-hippocrate.fr/?p=83>

Ministère chargé de la santé. Direction des Recherches des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (2010). L'état de santé de la population en France : suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2009-2010. Etudes et Statistiques. Paris : DREES, Paris : La Documentation française.

Abstract: Outre une synthèse donnant une vision d'ensemble de l'état de santé de la population en France et la présentation commentée d'indicateurs de cadrage transversaux, à partir des données disponibles les plus récentes dans les champs couverts, le rapport comprend l'évaluation des indicateurs associés à 74 objectifs spécifiques. Pour cette édition, l'ouvrage s'est enrichi de deux dossiers thématiques sur les IVG et la santé des jeunes, permettant de compléter ce panorama et d'éclairer la décision publique en matière de prévention et de promotion de la santé. Les indicateurs produits au niveau national (France entière ou France métropolitaine selon les sources disponibles) ont le plus souvent été déclinés selon le sexe, l'âge, la catégorie sociale et le niveau d'études. Ils ont, dans la mesure du possible, été comparés aux indicateurs équivalents mesurés dans les autres pays européens. De même, les disparités territoriales (régionales pour la plupart) ont été examinées lorsque les données le permettaient
<http://www.sante-sports.gouv.fr/l-etat-de-sante-de-la-population-rapport-20-09-2010.html>

Oberlin P., Mouquet M. (2010). Les fractures du col du fémur en France entre 1998 et 2007 : quel impact du vieillissement ? *Etudes et Resultats (Drees)*, (723) : -6p.

Abstract: La fracture de l'extrémité supérieure du fémur (FESF) est la complication la plus grave de l'ostéoporose, entraînant fréquemment une incapacité physique permanente résiduelle et pouvant être la cause du décès. En 2007, elle est à l'origine de 77 300 séjours en médecine, chirurgie, gynécologie obstétrique (MCO) pour les patients âgés de 55 ans ou plus, dont les trois quarts pour des femmes. L'augmentation de la population âgée a entraîné entre 1998 et 2007 une hausse du nombre de séjours pour ce motif, en particulier chez les hommes (+12,9%). Dans le même temps, les taux standardisés d'hospitalisation ont baissé (-17,5% chez les femmes et -9,9% chez les hommes), reflétant en partie l'impact des campagnes de prévention des chutes réalisées au cours de ces années. En 2007, l'âge moyen des patients hospitalisés pour une fracture du col est de 83,2 ans pour les femmes et de 79,6 ans pour les hommes. Ces derniers ont une durée moyenne de séjour plus longue (14,6 jours en 2007 contre 13,5) et qui a baissé moins rapidement que celle des femmes depuis 1998. Le taux de mortalité au cours des séjours en MCO est deux fois plus faible pour les femmes que pour les hommes. Il a diminué au cours des années 2000 et s'établit respectivement à 3,7 et 7,7% en 2007
<http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/er723.pdf>

Robine J.M. / coord., Cambois E. / coord. (2010). L'état de santé des travailleurs âgés. *Retraite et société*, (59) : 263 p.

Au cœur du débat sur le recul de l'âge de la retraite, ce numéro s'intéresse à la santé des 50-65 ans. Les différents articles sont empruntés à la démographie ou aux statistiques de la santé et du travail. Ils dressent un panorama de la santé des quinquagénaires et des sexagénaires, travailleurs ou inactifs, en France, en Europe, aux États-Unis ou encore au Canada. Ce dossier

entend ainsi apporter des éléments de réponse à ces questions d'actualité en mettant en perspective différentes études sur les situations de santé et de travail des populations en fin de vie active. (extrait du 4e de couv.).

Sauneron S. (2010). Le vieillissement cognitif, un enjeu pour les politiques publiques. Cognition, promotion de l'emploi des seniors et bien vieillir. *Note de Veille (La)*, (179) : -10p.
Abstract: Les tendances démographiques conjointes d'un vieillissement de la population globale et active expliquent l'intérêt porté aux politiques de promotion de la santé cognitive et plus spécifiquement à la question des âges au travail. Si tous les individus connaissent une évolution de leurs capacités mentales (concentration, mémorisation, résolution de problèmes, vitesse de traitement, etc.) au fil des années, ils ne sont pas tous atteints de façon équivalente et irréversible. Ainsi, chacun peut espérer influencer sur la réserve cognitive dont il dispose. L'analyse des données empiriques dessine quelques axes en faveur d'une stratégie de promotion en santé cognitive conçue à chaque période de la vie. Dès l'enfance, favoriser l'accès à une éducation de qualité permet d'entrer dans une spirale vertueuse de prévention en santé cognitive et de lutte contre les inégalités sociales de développement. Par suite, la promotion d'un mode de vie actif doit se faire à tous les âges, en s'intensifiant à partir de la quarantaine. Dans la sphère professionnelle, la pénibilité n'est pas seulement physique et certains travaux récents ont identifié des facteurs de protection et de risque pour l'efficacité cognitive à long terme. Engager des efforts en matière d'organisation du travail, de formation tout au long de la vie et de prise en compte de l'expérience professionnelle des seniors, conditionne alors un vieillissement réussi dans et par l'emploi. Au grand âge, il s'agit fondamentalement de promouvoir une meilleure compréhension de la personne vieillissante, dans la société comme au sein des familles et des établissements, en informant mieux sur la spécificité des remaniements et des déclin cognitifs, leur prévention et la détection des éventuels troubles pathologiques. Valoriser la spécificité du travail d'aide auprès des personnes âgées, en incluant plus qu'aujourd'hui la psychologie et la cognition dans les formations, favoriserait l'attractivité de ces emplois, guettés par la pénurie de main-d'œuvre qualifiée. Enfin, il s'agit de lutter contre l'isolement et le confinement au domicile, en considérant notamment l'apport potentiel des technologies de l'information et de la communication (résumé d'auteur)
<http://www.strategie.gouv.fr/IMG/pdf/Noteveille179.pdf>

Trivalle C. (2010). Vieux et malade : la double peine ! La gérontologie en actes. Paris : L'Harmattan
Abstract: Il y a actuellement en France 5 millions de personnes âgées de plus de 75 ans. 860 000 sont atteintes de la maladie d'Alzheimer, 691 000 sont dépendantes et plus de 400 000 sont en institution. Alors que les besoins de structures adaptées vont augmenter de 30 à 50% d'ici à 2025, on continue de fermer des lits de soins de longue durée. Partout les moyens humains et matériels diminuent alors que les malades âgés doivent payer de plus en plus. Notre société est devenue maltraitante pour ses vieux. Qu'attendent les politiques pour agir ? (4ème de couv.)

Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. (2009). Recherche qualitative sur les possibilités d'améliorer la santé des personnes en situation de perte d'autonomie ou de handicap et de leur entourage : Travaux préliminaires en vue de l'élaboration du protocole de recherche : Saint-Denis : Inpes.
Abstract: Dans le cadre d'une convention entre la Caisse nationale pour la solidarité et l'autonomie et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, des travaux préliminaires ont été menés en 2008/2009 avec pour objectif d'élaborer un protocole de recherche qualitative sur les possibilités d'améliorer la santé des personnes en situation de perte d'autonomie ou de handicap. Les résultats, synthétisés dans le rapport, s'appuient sur trois types de données : Des auditions auprès de structures visant à aider les personnes âgées, les personnes en situation de handicap et/ou leurs proches ; Deux revues de littérature sur les besoins des personnes en matière de santé, traitant la perte d'autonomie liée à l'âge d'un côté, et le handicap de l'autre ; Des entretiens exploratoires auprès des populations de l'étude
<http://www.inpes.sante.fr/etudes/pdf/Recherche-qualitative-ameliorer-sante--handicap.pdf>

Mutualité Sociale Agricole. (2009). Enquête vieillissement en agriculture. Synthèse. -4p.
Abstract: L'enquête vieillissement en agriculture « EVA » menée par la MSA, a permis la constitution d'une base de données riche et importante portant sur les conditions de travail des salariés agricoles de 50 ans et plus, en activité. Grâce à la structure en guichet unique de la MSA, les données de santé au travail et de consommation des soins ont pu être mises en correspondance, ce qui constitue une première. Les quelque 7000 salariés agricoles ayant répondu à cette enquête, entre 2005 et 2006, ont permis de dresser un tableau de leur vécu du travail, leur souhait de maintien ou de départ en retraite, leur santé perçue et constatée ainsi que leur consommation de soins

http://www.msa.fr/files/msafr/msafr_1242638329634_SYNTHESE_ENQUETE_VIEILLISSEMENT.pdf

Ortiz A. (2009). Trajectoire professionnelle et état de santé déclaré des salariés seniors en activité. In : Le marché de la santé : efficience, équité et gouvernance. *Revue Economique*, 60 (2) : 365-383.

Abstract: Cet article s'inscrit dans le cadre général d'une réflexion sur la réforme des retraites et le prolongement de la vie active. Ce travail met en évidence les liens entre la qualité de la trajectoire professionnelle et l'état de santé perçue des salariés seniors en activité à 50 ans et plus. Pour ce faire, en se basant sur les travaux de Siegrist et au moyen d'un modèle de régression logistique qui souligne l'association entre la sécurité des trajectoires et la bonne santé, cet article montre que la sécurisation des trajectoires professionnelles et la préservation de la santé des travailleurs sont des préalables au prolongement de la durée de la vie active

http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=RECO_602_0365

Pollak C. (2009). Santé et pénibilité en fin de vie active : une comparaison européenne : Noisy Le Grand : CEE

Abstract: Cet article explore l'impact de différentes stratégies d'emploi sur la satisfaction au travail et la santé perçue des seniors. Dans un contexte européen de politiques visant à accroître les taux d'emploi des seniors, la question du maintien en emploi des seniors en mauvaise santé et/ou subissant des conditions de travail pénibles est d'actualité. Les politiques de maintien en emploi reposent principalement sur des incitations financières et la restriction de l'accès aux dispositifs de cessation anticipée d'activité. Cependant, certains pays européens ont fait de la soutenabilité du travail un axe majeur de leurs stratégies d'emploi et mené des politiques d'amélioration des conditions de travail. Pour appréhender ce contexte institutionnel, une comparaison de la capacité de travail de la main-d'œuvre vieillissante a été menée dans onze pays européens à partir d'une analyse factorielle sur données individuelles (enquête SHARE, 2004). On entend ici par capacité de travail l'état de santé subjectif des individus et leurs conditions de travail déclarées (pression physique et psychologique, latitude décisionnelle, sentiment de récompense, perspectives d'emploi). L'analyse met en évidence que les seniors des pays nordiques et continentaux sont davantage satisfaits en termes de conditions de travail et de santé que les seniors des pays méditerranéens. Ce résultat est d'autant plus marquant que l'on peut s'attendre à un effet de travailleur sain plus fort dans ce dernier groupe : cet effet de sélection conduit à avoir un échantillon de personnes en emploi plus jeune et a priori en meilleure santé. L'analyse exploratoire fait émerger des hypothèses sur la gestion différenciée de la santé en fin de carrière. Les pays ayant adopté une stratégie nordique de vieillissement actif réussissent à avoir de bonnes performances tant sur le plan des taux d'emploi que sur celui des conditions de travail. Ceci indique qu'ils parviennent à maintenir en emploi des personnes en moins bonne santé par des mécanismes de compensation. La position relative défavorable de la France révèle une intensification du travail subie également par les travailleurs âgés et qui se révèle par des conditions de travail moins bien supportées

http://www.cee-recherche.fr/fr/doctrav/120-sante_penibilite_vie_active_comparaison_europeenne.pdf

TNS Sofres. (2008). Une première en France, les plus de 70 ans s'expriment pour la première fois : Montrouge : Tns Sofres.

Abstract: Ce document présente les principaux résultats d'une étude, réalisée pour Mondial

Assistance et le Magazine Notre Temps par TNS Sofres. Elle révèle la perception des enjeux liés au « grand âge » et au vieillissement par les personnes de plus de 70 ans. Principal enseignement de cette première consultation : si 55 % des 70 ans et plus s'estiment en bonne santé, sont complètement autonomes et n'ont aucune difficulté à effectuer seuls les tâches de la vie quotidienne, ils sont en revanche largement préoccupés par la possible perte d'autonomie. 57% des autonomes ont pris des dispositions avec au premier rang de celles-ci l'aménagement du logement ou un déménagement et la souscription d'un contrat dépendance. Deux autres catégories complètent le panel des sondés : 19 % ont besoin d'aide pour la gestion de leur foyer, et 26 % se déclarent en perte d'autonomie physique (partielle ou totale). 55 % des personnes les plus "fragilisées" (en perte d'autonomie personnelle) ont peur de déranger et ne le font qu'en cas d'extrême nécessité. Parmi les "fragilisés" une préparation à la dépendance a été partiellement "anticipée". Au quotidien, ces personnes les plus "fragilisées" plébiscitent les services à la personne, autant pour leurs compétences que pour leurs qualités humaines, et la famille (conjoint, autre membre de la famille) à hauteur

http://www.tns-sofres.com/etudes/finance/061108_dependance.pdf

Barnay T. (2008). Chômage et invalidité après 50 ans : deux dispositifs alternatifs de sortie de l'emploi pour les seniors en mauvaise santé ? *Economie et Statistique*, (411) : 47-68.

Abstract: La France se caractérise par un taux d'emploi des 55-64 ans relativement faible, dû essentiellement à un marché du travail défavorable aux seniors et à diverses possibilités de départ anticipé (préretraites, dispenses de recherche d'emploi, pensions d'invalidité). À ces âges, un état de santé dégradé est un motif de cessation précoce d'activité par le biais de dispositifs tels que la CATS (Cessation Anticipée pour certains Travailleurs Salariés) ou la CAATA (Cessation Anticipée d'Activité pour les Travailleurs de l'Amiante) mais aussi via l'inactivité temporaire (les indemnités journalières maladie) ou permanente (les pensions d'invalidité). Dans ce contexte, il semble intéressant d'identifier les facteurs déterminants de la participation, ou non, au marché du travail après 50 ans et le lien entre santé dégradée et statut d'activité (emploi, inactifs et chômeurs en particulier). Il apparaît que la prévalence d'une limitation fonctionnelle dans les activités quotidiennes conduit à une exclusion plus forte des plus de 50 ans sur le marché du travail. Une partie des personnes âgées de 55 à 59 ans en incapacité se retrouvent au chômage et ne recherchent pas d'emploi, c'est-à-dire qu'elles sont potentiellement dispensées de recherche d'emploi. Ceci validerait l'hypothèse selon laquelle une partie des dispensés de recherche d'emploi sont des personnes dont l'état de santé est altéré

http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/es411C.pdf

Bellot C. (2008). Enquête sur les immigrés vieillissants : Paris : Comité National des Retraités et Personnes Agées.

Abstract: Cette enquête fait suite à la commande de la Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS) qui souhaitait que les Comités Départementaux des Retraités et Personnes Agées (CODERPA) soient interrogés par le Comité National des Retraités et Personnes Agées (CNRPA) pour connaître les actions menées localement par les départements en faveur des immigrés vieillissants. Ce terme d'immigrés vieillissants recouvre les personnes nées étrangères à l'étranger, vivant en France principalement en foyer de travailleurs migrants ou en habitat diffus, en situation régulière et issues des vagues d'immigration de travail des " trente glorieuses ". Une enquête en deux parties : la première vise une meilleure connaissance de cette population, la deuxième porte sur les objectifs ou actions du schéma gérontologique ou du schéma départemental des établissements et services sociaux et médico-sociaux

http://www.travail.gouv.fr/IMG/pdf/SYNTHESE_NATIONALE_24_MARS_2008_POUR_SITE_INTERNET_SANS_ANNEXES.pdf

Cornely V., Astorg M., Tuffreau F., LELIEVRE F. (2008). Vieillesse des populations et état de santé dans les régions de France : Principales évolutions sociodémographiques ; Etat de santé et pathologies ; Aides et soins aux personnes âgées. Les études du réseau des ORS. Paris : FNORS.

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

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

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

Institut National des Etudes Démographiques (2008). Future elderly living conditions in Europe. Les cahiers de l'INED. Paris : INED

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

Robine J.M., Boudineau C., Barnay T.. (2008). Préserver sa santé pour décider de sa retraite. Les Dossiers de l'Institut d'études politiques de santé. Paris : Médecine-Science Flammarion
Abstract: Assurance maladie et retraite sont deux préoccupations majeures et d'actualité au cœur de la société française. Il est apparu au RSI (Régime Social des Indépendants) ainsi qu'à l'équipe scientifique de l'IEPS que les liens santé et cessation d'activité constituait un thème de réflexion important dans le domaine de la santé et qu'il fallait préserver sa santé pour décider de sa retraite». Ainsi ont été abordés : - L'environnement et la problématique de la retraite pour les travailleurs indépendants ; - L'état des lieux des connaissances chez les indépendants : caractéristiques socio-économiques, données du régime RSI, la santé des assurés du RSI et lien entre retraite et santé chez les indépendants seniors ; - Les réponses apportées aux indépendants seniors par le médecin généraliste, par le développement du tutorat et

l'encouragement à la transmission-reprise, par les actions de préservation de la santé au travail, par le RSI ; - Les propositions des professionnels et des institutionnels et les perspectives d'avenir

Samour A.M., Cassou B. (2008). Quel bilan de santé pour les personnes âgées ? L'expérience du Centre de gérontologie Sainte Péline (AP-HP). *Gérontologie et Société*, (125) : 155-165.
Abstract: L'extension des bilans de santé à la population des personnes âgées de plus de 65 ans est à l'ordre du jour. Il s'agit de répertorier et d'évaluer certains éléments qui conditionnent la qualité de vie au grand âge. La plupart des bilans proposés par les institutions de protection sociale réduisent la personne à un conglomérat d'organes et de fonctions qu'il s'agit d'explorer par des mesures techniques. La philosophie du bilan proposé par le Centre de gérontologie Sainte Péline (AP-HP) est tout autre. Il s'agit avant tout d'aider les personnes âgées à faire face à leur vieillissement en leur permettant de faire le point sur leur trajectoire de santé et d'envisager son évolution compte tenu de leurs projets de vie. Mais avant que des bilans de santé ne soient diffusés à grande échelle, il importe d'en préciser les avantages, d'identifier les groupes de personnes âgées les plus à même d'en bénéficier et de définir les meilleures stratégies. (R.A.)

Waltisperger D. (2008). Pénibilité du travail et sortie précoce de l'emploi. *Premières Informations et Premières Synthèses*, (03.1) : -7p.

Abstract: En 2003, un quart des seniors (50 à 59 ans) dont la carrière professionnelle a duré au moins vingt ans, sont sortis de l'emploi : ils sont retraités, préretraités, chômeurs ou inactifs. Les retraités précoces et les préretraités viennent plutôt du secteur public, où ils ont été plus souvent exposés au travail posté et de nuit. Les autres sont principalement issus du secteur financier. Globalement, ils se déclarent en bonne santé, comparativement aux autres catégories. Les seniors chômeurs et les inactifs sont surtout d'anciens ouvriers provenant de l'industrie, du bâtiment et des travaux publics, et des services aux particuliers. Ils ont été exposés à de nombreuses pénibilités durant leur carrière professionnelle et ils s'estiment plus souvent en mauvaise santé. L'étude de la DARES s'est basée sur l'enquête Santé 2003 de l'Insee qui permet d'éclairer le lien entre le statut d'activité des seniors et leur exposition présente ou passée à divers risques ou pénibilités dans leur travail. > DARES - Premières informations n° 2008-03.1 - janvier 2008 :

<http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/2008.01-03.1-2.pdf>

Henrard J.C., Hebert R., Guerette M.J., Blanchard F., et al.. (2007). Vieillesse et santé II : idées reçues, idées nouvelles : Actes du Forum franco-québécois sur la santé. *Santé Société et Solidarité : Revue de L'Observatoire Franco-Québécois*, (1/2006) : -164p.

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

http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/issue/oss_1634-8176_2006_num_5_1

Missegue N. (2007). Les arrêts de travail des seniors en emploi. *Dossiers Solidarité et Santé (Drees)*, (2) : 2-23.

Abstract: Les seniors en emploi se distinguent-ils de leurs cadets en termes de recours aux arrêts de travail ? Les seniors ne déclarent pas plus d'arrêts que leurs cadets, alors qu'ils se jugent en plus mauvaise santé. Toutefois, lorsqu'ils interrompent leur travail pour des raisons de santé, ils s'arrêtent pour des durées plus longues. Il ressort aussi de cette étude qu'à âge équivalent, tous les actifs ne se ressemblent pas : par exemple, les indépendants s'arrêtent moins et moins longtemps que les ouvriers. Ces derniers sont d'ailleurs les plus touchés par les arrêts de travail allant de pair avec une pénibilité liée à leur profession. On note aussi que les salariés du commerce s'arrêtent moins souvent mais plus longtemps que ceux de l'industrie

<http://www.sante.gouv.fr/drees/dossier-solsa>

Cambois E., Clavel A., Robine J. (2006). L'espérance de vie sans incapacité continue d'augmenter. *Dossiers Solidarité et Santé (Drees)*, (2) : 7-22.

Abstract: Les estimations d'espérance de vie sans incapacité (EVSI), pour les deux dernières décennies, établies à partir de quatre grandes enquêtes, rassemblent pour la première fois l'ensemble des données en population. Cela permet de décrire l'évolution combinée de la mortalité et de la santé fonctionnelle. Quatre indicateurs d'incapacité issus de l'enquête sur la santé et les soins médicaux (ESSM) de 2002-2003 ont ainsi été comparés aux autres sources, offrant un panorama plus complet en termes d'évolution et de niveaux d'espérance de vie sans incapacité atteints

<http://www.sante.gouv.fr/drees/dossier-solsa/pdf/dossier200602.pdf>

Colvez A. (2006). Vieillesse, dépendance, handicap : du bon usage des concepts. In : Les personnes âgées en situation de dépendance. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, (56) : 16-19.

Abstract: Le choix des termes pour qualifier l'état d'une personne en situation de handicap n'est pas neutre. Il oriente le débat et définit par conséquent l'approche politique et le type d'aides qui seront adoptées. La terminologie relative aux états chroniques handicapants et une excellente démonstration des difficultés et des retards d'adaptation de notre système de santé que l'imprécision du langage peut engendrer

Dutheil N., Scheidegger S. (2006). Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement. *Etudes et Résultats*, (494) : -8p.

Abstract: Le volet "pathologies et morbidité" de l'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) de 2003 - renseigné par un médecin pour environ 4 500 résidents - permet d'acquérir une meilleure connaissance des maladies dont souffrent les personnes âgées en institution. Ainsi, 85% des résidents présentent une affection neuropsychiatrique. Globalement, les résidents cumulent en moyenne sept pathologies diagnostiquées, mais huit ou plus pour un tiers d'entre eux, et près de la moitié de ceux accueillis en unité de soins de longue durée. Ils consomment en moyenne 6.4 médicaments par jour

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er494/er494.pdf>

Henrard J.C. (2006). Éditorial. Personnes âgées, vieillissement, grand âge et santé. In : Numéro thématique. La santé des personnes âgées. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, (5-6) : 37.

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

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

<http://www.insee.fr/fr/ppp/sommaire/PERSAG05.PDF>

Attias-Donfut C., Tessier P. (2005). Santé et vieillissement des immigrés. *Retraite et Société*, (46) : 89-129.

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

Bellamy V., De P.C. (2005). Les déficiences motrices d'origine accidentelle. *Etudes et Résultats*, (417) : -12p.

Abstract: L'enquête " Handicaps, incapacités, dépendance " apporte des informations sur les conséquences que les accidents peuvent avoir sur la santé et particulièrement sur les déficiences et incapacités qu'ils ont pu provoquer- . Près de 7 % des personnes interrogées ont déclaré avoir une déficience d'origine accidentelle. C'est le cas de 1% des moins de 20 ans et de 18 % des personnes de 80 ans et plus. Les déficiences motrices constituent près des trois quarts des déficiences dues aux accidents, et 30 % d'entre elles sont d'origine accidentelle. Les accidents en cause sont principalement les accidents du travail, qui prédominent dans la population masculine, et les accidents de la circulation. Viennent ensuite les accidents domestiques, particulièrement fréquents chez les femmes âgées, les accidents ou suites d'actes médicaux et enfin les accidents de sport ou de loisirs. Les déficiences motrices d'origine accidentelle les plus graves qui touchent les 4 membres, deux membres d'un même côté ou les deux membres inférieurs affectent près de 4 personnes pour 1 000, soit environ 230 000 personnes en France métropolitaine. Les accidents les plus souvent en cause dans la survenue de ces déficiences graves sont les accidents de la circulation et les accidents de sport ou de loisirs. Les personnes qui déclarent une déficience motrice d'origine accidentelle ont dans quatre cas sur dix une limitation fonctionnelle grave (1,1 million de personnes)

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er417/er417.pdf>

Coutrot T., Waltisperger D. (2005). L'emploi des seniors souvent fragilisé par des problèmes de santé. *Premières Informations et Premières Synthèses*, (08.1) : -4p.

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

http://www.travail.gouv.fr/etudes/etudes_h.html

Davin B., Paraponaris A., Verger P. (2005). Facteurs démographiques et socio-économiques associés aux besoins d'aide des personnes âgées vivant à domicile : une étude à partir de l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 53 (5) : 509-524.

Abstract: Les gains d'espérance de vie ont été accompagnés d'une augmentation des maladies chroniques et incapacités dans la réalisation d'activités de la vie quotidienne. Bien que ces incapacités favorisent l'institutionnalisation, les personnes âgées continuent majoritairement de vivre à domicile en France. Cette étude vise à identifier les besoins d'aides de ces personnes et leur association avec certains facteurs démographiques et socio-économiques

Molinie A.F. (2005). Enquête -Santé et vie professionnelle après 50 ans- : résultats par secteur d'activité. Rapport de recherche ; 26. Noisy le Grand : CEE.

Abstract: Ce document présente un ensemble de fiches sectorielles, réalisées à partir de l'enquête Santé et Vie professionnelle après 50 ans. Ces fiches visent à fournir des informations dans trois domaines principaux : quelques données rétrospectives sur les parcours professionnels et le travail passé des salariés qui ont aujourd'hui atteint la cinquantaine, des évaluations de la "pénibilité vécue" ; notamment à travers les appréciations que les salariés portent sur leur travail, son sens, et leurs aspirations en matière d'âge de départ en retraite ; des éléments sur les enjeux de santé au travail des quinquagénaires (résumé d'auteur)

http://www.cee-recherche.fr/fr/rapports/resultats_svp50_rap26.pdf

Sander M.S. (2005). La population en situation de handicap visuel en France : importance, caractéristiques, incapacités fonctionnelles et difficultés sociales - Une exploitation des enquêtes HID 1998 et 1999 : Nantes : Ors.

Abstract: Réalisée par l'ORS à la demande de la DREES, cette étude exploite les données de l'enquête Handicap, Incapacité, Dépendance auprès des personnes vivant à domicile ou en institution, sous l'angle du handicap visuel : prévalence, déficiences associées, incapacités dans

la vie quotidienne, compensation par les aides techniques et humaines, retentissement social du handicap visuel. Une synthèse de cette étude a été réalisée pour la revue "Etudes et résultats" de la DREES

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er416/handicapvisuel.pdf>

(2004). Vieillesse et dépendance. *Problèmes Politiques et Sociaux*, (903) : -116p.

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

(2004). Enquête perte d'autonomie : Paris : URML IDF.

Abstract: D'après l'INSEE, 700 000 personnes en Ile de France ont besoin d'aide en raison de leur état de santé. Cette dépendance augmente sensiblement avec l'âge. Environ 66 % des franciliens de 80 ans ou plus ne sont pas autonomes. L'hétérogénéité des handicaps et le vieillissement de la population française imposent de mener une réflexion globale sur la prise en charge des personnes en perte d'autonomie et d'évaluer les difficultés rencontrées par les professionnels de santé dans cette démarche. La Commission " Exercice à Domicile " a conduit une étude en 2003 visant à identifier les difficultés rencontrées lors de la prise en charge des personnes en perte d'autonomie et les difficultés rencontrées par les professionnels de santé dans cette démarche. Les objectifs affichés étaient plus particulièrement les suivants : évaluer les difficultés rencontrées par les médecins franciliens dans la prise en charge des personnes en perte d'autonomie ; connaître les modalités de cette prise en charge ; connaître l'organisation de la coordination ; initier une réflexion globale autour des personnes en perte d'autonomie

http://www.urml-idf.org/urml/JPA_04/JPA_04.pdf

Avramov D., Maskova M. (2004). Vieillesse active en Europe. Volume 1. Etudes démographiques ; n° 41. Strasbourg : Conseil de l'Europe

Abstract: Le présent ouvrage part du constat de l'évolution de la pyramide des âges dans les pays européens. Celle-ci se caractérise par une augmentation du nombre des personnes âgées, associée à une diminution de la population juvénile et de la population active. Il fait ainsi le point sur les différences enregistrées entre les pays d'Europe en matière de démographie. Les auteurs remarquent que, par suite de l'amélioration des conditions de vie et de l'efficacité des politiques sociales et de santé, la majorité des personnes âgées les plus jeunes en Europe accèdent au troisième âge en assez bonne santé et dans une situation de relative sécurité matérielle. Elles soulignent également que, malgré l'abaissement de l'âge effectif de la retraite, seule une minorité de personnes âgées occupe son temps libre de façon active. Les auteurs examinent les différentes approches retenues par les politiques publiques, ainsi que les réponses individuelles à cette évolution de la société, et elles présentent un large éventail de propositions visant à l'élaboration de stratégies de vieillissement actif dans les domaines de l'emploi, de la santé, des loisirs et de la cohésion sociale

Cambois E., Désesquelles A., Ravaud J.F. (2004). Femmes et hommes ne sont pas égaux face au handicap. *Gérontologie et Société*, (110) : 283-291.

Abstract: En dix ans, entre 1981 et 1991, alors que l'espérance de vie à la naissance progressait pour les hommes comme pour les femmes de 2,5 ans, l'espérance de vie sans incapacité augmentait de 2,6 ans pour les femmes et de 3 ans pour les hommes. Toutes les années gagnées ont donc été des années sans incapacité. Les femmes vivent plus longtemps avec des incapacités que les hommes. Leur espérance de vie étant plus longue, elles atteignent, en effet,

des âges plus élevés auxquels les handicaps sont fréquents ! En outre, à âge égal, elles souffrent plus qu'eux d'incapacités

Cambois E., Lièvre A. (2004). Risques de perte d'autonomie et chances de récupération chez les personnes âgées de 55 ans ou plus : une évaluation à partir de l'enquête Handicaps, incapacités, dépendance. *Etudes et Résultats*, (349) : -12p.

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

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er349.pdf>

Carnein S. (2004). Qui sont les personnes handicapées retraitées ? *Gérontologie et Société*, (110) : 201-208.

Abstract: Phénomène émergent, le vieillissement des personnes âgées handicapées revêt des aspects séméiologiques difficiles à décrypter et pose des interrogations en matière d'organisation et de maîtrise des situations actuelles ; l'absence de textes réglementaires, la bonne volonté d'expériences individuelles constituent le cadre des solutions possibles (maintien à domicile, adaptation ou création de structures institutionnelles). Seule certitude parmi d'innombrables variables, la nécessité d'une formation des personnels tant aux bonnes pratiques gérontologiques qu'à la culture spécifique du monde des personnes handicapées. (Résumé des auteurs.)

Duee M., Rebillard C. (2004). La dépendance des personnes âgées : une projection à long terme : Paris : INSEE

Abstract: Ce document de travail propose différents modèles de projections à l'horizon 2040 du nombre de personnes âgées dépendantes en France. Il s'appuie sur les données de l'enquête HID réalisée en deux vagues successives auprès des ménages ordinaires et des personnes vivant en institution, qui permet d'estimer les transitions vers ou hors de la dépendance. Ces transitions, ainsi que la prévalence de la dépendance en début de simulation, sont alors implémentées dans le modèle de microsimulation Destinie

http://www.insee.fr/fr/nom_def_met/methodes/doc_travail/docs_doc_travail/g2-004-02.pdf

Laroque G. (2004). Ages et handicaps. *Gérontologie et Société*, (110) : -331p.

Abstract: Ce fascicule aborde la question du rapport entre le handicap et le vieillissement, tout aussi bien sous l'angle du vieillissement des personnes handicapées que sous celui de l'apparition du handicap avec l'âge

Laroque G. (2004). Ages et travail. *Gérontologie et Société*, (111) : -252p.

Abstract: Ce fascicule s'intéresse à l'emploi et au travail en relation avec l'âge. Plusieurs aspects sont abordés : l'emploi des travailleurs âgés dans un contexte de vieillissement de la population, les politiques de l'emploi à l'égard des travailleurs vieillissants en France et à l'étranger, la gestion des âges dans l'entreprise ainsi que les questions de pénibilité, de productivité et de formation

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

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

(2003). Nouvelles données sur le grand âge : autonomie et dépendance. *Retraite et Société*, (39) : 12-143.

Abstract: Ce numéro fait le point sur les connaissances nouvelles en matière d'état de santé et de conditions de vie des personnes âgées, ainsi que des mutations institutionnelles en cours dans le secteur de la gérontologie. Il s'agit également d'éclairer les perspectives d'avenir en matière d'autonomie et de prise en charge des personnes âgées

<http://www.cnaf.fr/5etude/documentation/pdf/RS39.pdf>

(2003). La santé au risque du travail. *Travail et Emploi*, (96) : -130p.

Abstract: Ce dossier traite de l'impact des conditions de travail sur l'état de santé des individus. Les thèmes successivement abordés sont : l'organisation du travail et de la santé dans l'Union européenne, la cessation d'activité des salariés âgés, les dépressions au travail, les inspecteurs du travail aux prises avec l'évaluation des risques, la prescription des arrêts de travail, le travailleur handicapé en milieu protégé, l'histoire du service médical des PTT

Boissonnat V. (2003). Présentation du dossier : "Handicaps, incapacités, dépendance" : une première synthèse des résultats de l'enquête nationale de l'INSEE. *Revue Française des Affaires Sociales*, (1-2) : 7-10.

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

Cambois E. D. (2003). Femmes et hommes ne sont pas égaux face au handicap. *Population & Sociétés*, (386) : -4p.

Abstract: L'espérance de vie à la naissance a connu une progression formidable tout au long du XXe siècle en France, passant de 45 ans en 1900 à 79 ans en 2000. Depuis une trentaine d'années, son augmentation résulte principalement du recul de la mortalité chez les personnes âgées de 60 ans ou plus. Si les femmes vivent plus longtemps que les hommes, elles vivent aussi plus longtemps avec des incapacités qu'eux. Leur espérance de vie étant plus longue, elles atteignent, en effet, des âges plus élevés auxquels les handicaps sont fréquents. En outre à âge égal, elles souffrent plus souvent qu'eux d'incapacités (extrait)

Cambois E., Robine J.M. (2003). Vieillesse et restrictions d'activité : l'enjeu de la compensation des problèmes fonctionnels. *Etudes et Résultats*, (261) : -12p.

Abstract: Avec le vieillissement, nombre de personnes âgées sont en butte à des problèmes fonctionnels qui se révèlent, pour certaines plus que d'autres, sources de perte d'autonomie dans les activités du quotidien (locomotion et équilibre, souplesse et manipulation, vue et orientation dans le temps)

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er261.pdf>

Cambois E., Robine J.M. (2003). Concepts et mesure de l'incapacité : définitions et application d'un modèle à la population française. *Retraite et Société*, (39) : 60-91.

Abstract: Après un rappel historique sur les concepts de handicap et de dépendance, cet article présente les développements récents de la recherche sur la notion d'incapacité. Au sein de l'incapacité, il distingue ainsi les limitations fonctionnelles (physiques, sensorielles ou cognitives), et les restrictions d'activité dans la vie quotidienne. Grâce à l'enquête HID, il étudie les corrélations entre les deux notions : il semble que les premières soient prédictives des secondes
<http://www.cnnav.fr/5etude/documentation/pdf/RS39.pdf>

Colin C. (2003). Les personnes âgées dépendantes. Que nous apprend l'enquête HID sur les personnes âgées dépendantes, aujourd'hui et demain ? *Revue Française des Affaires Sociales*, (1-2) : 77-101.

Abstract: Le groupe des personnes dites "âgées" prend une importance numérique croissante au fil des ans. Avec la baisse de la fécondité et celle de la mortalité aux âges élevés, la proportion de personnes de 60 ans et plus n'a cessé de croître dans la population française : 18% en 1970, 21% en 2000., soit aujourd'hui 12,1 millions et, selon les dernières projections démographiques publiées par l'INSEE, elles pourraient être 17 millions en 2020, soit 1,4 fois plus qu'en 2000. Plusieurs difficultés se combinent lorsqu'on s'intéresse à la population des personnes âgées et les exploitations réalisées à partir de l'enquête HID n'échappent pas à la règle. C'est pourquoi, la première partie de cet article aborde précisément la définition même de la "population âgée" et le choix du seuil d'âge ; la seconde partie traite de la difficulté à dénombrer les personnes âgées "dépendantes" ou "handicapées" selon les critères retenus pour les définir comme telles. La troisième partie décrit ces personnes âgées. Enfin, la quatrième et dernière partie de l'article présentent des informations précieuses et souvent inédites issues de l'enquête HID, informations qui peuvent également servir de base à des projections sur les évolutions possibles à l'avenir

Cribier F. (2003). La santé auto-estimée des hommes et des femmes à l'époque de la retraite. *Retraite et Société*, (39) : 94-117.

Abstract: Cet article s'intéresse à la notion de santé auto-estimée au sein d'une cohorte de retraités parisiens. Il compare deux cohortes, l'une partie à la retraite en 1972 et l'autre en 1984. Les résultats montrent que la seconde vague, avec un niveau d'éducation plus élevé, est partie à la retraite à un âge moins élevé, a bénéficié d'un meilleur accès aux soins et a exercé en moyenne des métiers moins pénibles. Objectivement, cette population est en meilleure santé que la première à un âge donné, malgré ses dires
<http://www.cnnav.fr/5etude/documentation/pdf/RS39.pdf>

Dufour-Kippelen S., Mesrine A. (2003). Les personnes âgées dépendantes - Les personnes âgées en institution. *Revue Française des Affaires Sociales*, (1-2) : 123-148.

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

Goillot C., Mormiche P. (2003). Les Enquêtes Handicaps - Incapacités - Dépendance de 1998 et 1999. Résultats détaillés. *Insee Résultats : Société*, (22) : -229p.

Abstract: Ce document consacré à l'Enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID) est un volume de synthèse des deux enquêtes de 1998 auprès des personnes vivant en institutions et de 1999 auprès des personnes vivant en domicile ordinaire en France métropolitaine. Elle est articulée autour de trois grands thèmes : les déficiences, les incapacités et les désavantages, et

s'intéresse aux conséquences des problèmes de santé sur l'intégrité physique, la vie quotidienne et la vie sociale des personnes

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

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

Joel M.E. (2003). Réversibilité de l'incapacité chez les personnes âgées : devenir à long terme des personnes âgées en incapacité : commentaire. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 51 (6) : 574-576.

Joel M.E. (2003). Les personnes âgées dépendantes. Les conditions de vie des personnes âgées vivant à domicile d'après l'enquête HID. *Revue Française des Affaires Sociales*, (1-2) : 103-122.

Abstract: Cet article a pour objet de synthétiser les résultats obtenus, à ce jour, dans le cadre de l'enquête HID auprès des personnes vivant en domicile ordinaire, en se focalisant sur le groupe des personnes âgées notamment dépendantes et en opérant des regroupements thématiques. Sont examinées successivement des recherches portant sur : - les contours du groupe cible de la population âgée dépendante ; - les revenus des personnes âgées ; - le réseau familial ; - les aides reçues, aides informelles et aides professionnelles ; - les aménagements du logement et les aides techniques. Ce programme proposé est riche, mais va à l'encontre d'un certain nombre d'idées reçues et n'est donc pas sans soulever des problèmes méthodologiques des travaux présentés. L'objet de cet article n'est pas de faire la critique méthodologique des travaux présentés. Il est cependant assez clair que la majorité des recherches présentées n'ont pas été au bout des exploitations statistiques possibles ni des modélisations réalisables. En effet, l'enquête HID "Domicile" a fait l'objet de deux passages, en 1999 et en 2001. Le premier passage concernait 16 916 personnes vivant en domicile ordinaire et le second 15 446 personnes. Les données HID "Domicile" 2001 du deuxième passage ont fait l'objet d'une première publication (INSEE, 2002) mais n'ont pas encore fait l'objet d'analyses approfondies et de comparaisons avec le premier passage. Les résultats ici présentés s'appuient sur les données issues du premier passage

Kerjose R., Bagur A.L., Cambois E., Robine J.M. (2003). Nouvelles données sur le grand âge : autonomie et dépendance. *Retraite et Société*, (39) : -241p.

Abstract: De la réforme de la tarification des établissements pour personnes âgées dépendantes initiée en 1999, à la loi du 2 janvier 2002 qui réaffirme les droits des usagers des établissements sociaux et médico-sociaux, en passant par la création de l'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa) et la naissance, en mars 2002, du diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS), le secteur de l'aide aux personnes âgées a connu, ces dernières années, des mutations importantes. Et ce, alors que des progrès considérables étaient réalisés en parallèle dans la connaissance de l'épidémiologie du vieillissement et des conditions de vie des personnes âgées. Ce numéro de *Retraite et Société* est consacré au secteur de l'aide aux personnes âgées, tente de faire le bilan de ces avancées. Cinq articles éclairent les perspectives à venir en matière d'autonomie et de prise en charge des personnes âgées : personnes âgées dépendantes, dénombrement, projection et prise en charge ; l'assurance privée face à la dépendance, concepts et mesures de l'incapacité, la santé auto-estimée des hommes et des femmes à l'époque de la retraite, l'enjeu de la professionnalisation du secteur d'aide à domicile en faveur des personnes

âgées

<http://www.cnaf.fr/4presse/actus/pdf/2003/R&S39.pdf>

Renaut S., Ogg J. (2003). Vivre à domicile après 75 ans. Une comparaison entre l'Angleterre et la France. *Retraite et Société*, (38) : 172-195.

Abstract: Cet article compare des données anglaises et françaises sur le soutien apporté par la famille et l'aide publique aux plus de 75 ans. Il montre l'existence de nombreux points de convergences entre les deux pays, non seulement dans les enjeux démographiques et économiques du vieillissement mais aussi dans les structures familiales, proximité résidentiel, fréquence des relations... De telles ressemblances forment un contraste par rapport aux grandes divergences des systèmes d'aides et les politiques sociales des deux pays, ce qui montre, les limites de l'influence que peuvent exercer les institutions sur les liens intergénérationnels
Rodwin V.G., Gusmano M.K., Montero G. (2003). Vieillir dans quatre mégapoles : New York, Londres, Paris et Tokyo. *Etudes et Résultats*, (260) : -8p.

Abstract: Cet article présente des informations de cadrage sur les caractéristiques du vieillissement et la prise en charge des personnes âgées dans quatre mégapoles (New York, Londres, Paris et Tokyo) en essayant de mettre en évidence des éléments de convergence et de divergence

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er260.pdf>

Ankri J., Mormiche P. (2002). Incapacités et dépendance de la population âgée française : apport de l'enquête Handicaps - Incapacités - Dépendance (HID). In : Vieillesse et santé. *Sante Société et Solidarité : Revue de L'Observatoire Franco-québécois*, (2) : 25-38.

Abstract: Grâce à l'enquête "Handicaps, Incapacités, Dépendance" (HID), on dispose désormais d'une vision globale sur la question de la dépendance des personnes âgées en France. Selon les indicateurs retenus (ceux de Katz, d'AGGIR ou de Colvez), on dénombre entre 700 000 et 2 045 000 personnes dépendantes parmi les 12 millions de personnes de 60 ans et plus que compte l'Hexagone. La prévalence d'institutionnalisation parmi les personnes de 60 ans et plus est de 4,1%. Cette proportion augmente avec l'âge et est deux fois plus élevée chez les femmes. Selon l'indicateur de Colvez, 25% des personnes âgées en institution sont confinées au lit ou au fauteuil, 21,5% ont besoin d'aide pour la toilette et pour l'habillage et 29,1% nécessitent le concours d'un aidant pour sortir de l'établissement. Parmi les 60 ans et plus vivant à domicile, moins de 1% est confiné au lit. Quant à celles qui nécessitent une aide pour la toilette et l'habillage ainsi que pour sortir de chez eux, elles représentent respectivement 2,6 et 5,6 %. Au total, on évalue à 630 000 le nombre de personnes âgées dépendantes lourdes, dont 34,5% résident en institution. Enfin, l'importante réflexion méthodologique menée lors de la mise au point de l'enquête, et dont l'article fait largement écho, ouvre de nombreuses pistes de recherche sur un sujet au centre des préoccupations des décideurs politiques

Assous L., Bontjout O., Colin C., Kerjose R. (2002). Les personnes âgées dépendantes Démographie et économie. *Rapport du Conseil D'Analyse Economique*, (35) : 301-309, tabl.

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/024000104/0000.pdf>

Barberger-Gateau P., Fabrigoule C., Dartigues J.F. (2002). Le processus d'évolution vers l'incapacité dans la démence. In : Vieillesse et santé. *Sante Societe et Solidarite : Revue de L'Observatoire Franco-Quebecois*, (2) : 55-59.

Abstract: Le modèle du processus d'évolution vers l'incapacité (Verbrugge et Jette [1994]) peut aider à une meilleure compréhension et prise en charge de la démence. La maladie s'exprime sous forme de déficiences des processus cognitifs globaux (ex : mémoire) qui entraînent des limitations fonctionnelles pour les tâches cognitives génériques (ex. : rappeler une liste de mots). Ces limitations fonctionnelles se traduisent par une incapacité dans les activités instrumentales, puis de base, de la vie quotidienne. Les facteurs de risque, génétiques ou environnementaux (niveau d'études, nutrition), sont des caractéristiques pré-existantes qui augmentent le risque de développer la maladie mais peuvent aussi en moduler l'expression. Des facteurs extra et intra-individuels agissent une fois la maladie exprimée pour accélérer ou ralentir le processus d'évolution vers l'incapacité. Les facteurs intra-individuels sont les stratégies positives (adaptation des activités) ou négatives (dépression) développées par les individus en réaction à la maladie.

Les facteurs extra-individuels sont les interventions du système de soins, des aidants naturels ou professionnels et de la société en général

Couet C. (2002). Estimations locales sur les personnes handicapées vivant en domicile ordinaire. Enquête HID 1999 - Résultats détaillés. *Insee Résultats : Société*, (12) : -347p.

Abstract: L'Enquête HID (Handicaps-Incapacités-Dépendance) réalisée fin 1999 concerne les individus vivant en domicile ordinaire en France métropolitain- e. Elle est articulée autour de trois grands thèmes : les déficiences, les incapacités et les désavantages et s'intéresse aux conséquences des problèmes de santé sur l'intégrité physique, la vie quotidienne et la vie sociale des personnes. Dans ce volume, des estimations locales sont fournies pour les départements des Bouches-du-Rhône, de l'Hérault, de l'Ille-et-Vilaine, de la Loire, du Pas-de-Calais, de la Seine-et-Marne, du Val d'Oise et de la Région Haute-Normandie. Pour chacune de ces huit zones, et en comparaison aux données relatives à la France métropolitaine, sont abordées la fréquence des divers types de déficiences, la prévalence des incapacités et corrélativement, la fréquence du recours aux aides techniques et aux aides humaines, la participation à la vie

Goillot C., Mormiche P. (2002). Enquête Handicaps - Incapacités - Dépendance auprès des personnes vivant en domicile ordinaire en 1999. Résultats détaillés. *Insee Résultats : Société*, (6) : -258p.

Abstract: L'Enquête HID (Handicaps-Incapacités-Dépendance) réalisée fin 1999 concerne les individus vivant en domicile ordinaire en France métropolitain- e. Elle est articulée autour de trois grands thèmes : les déficiences, les incapacités et les désavantages et s'intéresse aux conséquences des problèmes de santé sur l'intégrité physique, la vie quotidienne et la vie sociale des personnes. Ce volume se décline en trois chapitres : le premier offre une présentation d'ensemble de l'enquête, le second fournit les résultats (questionnaires, publications...), le troisième présente les différents tableaux (population des ménages, déficiences, incapacités..) http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?req_id=0&ref_id=irsoc022

Mesle F., Vallin J., Mormiche P., Bourdelais P., DERRIENICF., Drulhe M., Ankri J., Sermet C. (2002). La santé aux grands âges, Actes du séminaire de Poigny-la-Forêt : l'état de santé des aînés : évolutions depuis 25 ans et interprétations. Poigny-la-Forêt, 19-3-1998. Paris : INED
Abstract: L'accroissement rapide du nombre de personnes très âgées fait craindre depuis longtemps une expansion de la morbidité, contribuant à l'envolée des dépenses médicales, et une pandémie des incapacités, amenant une multiplication des besoins d'aide pour les activités de la vie quotidienne. Ce cahier de l'INED reprend les actes d'un séminaire portant sur l'état de santé des aînés, leur évolution depuis 25 ans et leur interprétation. Le classement des actes se fait selon la thématique suivante : évolution de la mortalité aux âges élevés en France depuis 1950, évolution globale de l'état de santé des personnes âgées, rôle de l'évolution des conditions de vie et de travail. Le quatrième chapitre propose un éclairage sociologique sur la manière dont la santé des personnes âgées s'inscrit dans leur trajectoire professionnelle et biographique, et insiste sur la nécessaire " contextualisation " du travail par son marché et son accessibilité, de même que celle des conditions d'existence. Un cinquième chapitre passe en revue les principales avancées concernant les personnes âgées dans le domaine de la médecine curative et préventive et effectue un bilan de la littérature concernant l'efficacité des différentes approches. Enfin, le sixième chapitre confirme la hausse de la prévalence déclarée pour les maladies chroniques liées au vieillissement, et s'interroge quant à l'interprétation de cette hausse dans un contexte d'élévation de l'espérance de vie sans incapacité

Colin C. (2001). L'autonomie des personnes de 80 ans et plus. *Gérontologie et Société*, (98) : 37-48.

Abstract: En mars 1999, la France comptait 2 339 000 personnes âgées de 80 ans et plus, et selon les dernières projections démographiques de l'INSEE, leur nombre devrait presque doubler d'ici 25 ans. L'avance en âge s'accompagne pour une part d'un besoin d'aide pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne. Malgré cela, 70% des personnes de 80 ans et plus sont autonomes pour les principaux actes de la vie quotidienne, et 81% vivent à domicile. Au delà de

90 ans, ce sont encore 47% des personnes qui sont autonomes pour les principaux actes de la vie quotidienne, et 64% qui vivent à domicile

Colin C.C., Kerjose R.C. (2001). Handicaps-Incapacités-Dépendance. Premiers travaux d'exploitation de l'enquête HID. *Série Etudes - Document de Travail - Drees*, (16) : -323p.
Abstract: Ce document reprend une partie des interventions qui ont eu lieu à l'occasion du colloque scientifique Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID) organisé par l'INSEE et la DREES les 30 novembre et 1er décembre 2000, à Montpellier. L'enquête HID couvre l'ensemble de la population : enfants, adultes et personnes âgées, qu'ils vivent en ménage ou en établissement. Ses objectifs sont de mesurer le nombre de personnes handicapées ou dépendantes, d'évaluer les flux d'entrée et de sortie en incapacité et de relever la nature, la quantité et les fournisseurs d'aides existantes ainsi que les besoins non satisfaits. Le colloque a présenté les premiers résultats issus de l'exploitation des deux premières vagues de collecte de l'enquête HID (1998 en établissements, 1999 à domicile). Deux vagues ultérieures de collecte sont prévues, avec une seconde interview des personnes déjà enquêtées (fin 2000 en établissements, fin 2001 à domicile)

Goillot C., Mormiche P. (2001). Enquête Handicaps - Incapacités - Dépendance en institution en 1998. Résultats détaillés. *Insee Résultats : Démographie Société*, (83-84) : -213p.
Abstract: Ce document présente les résultats détaillés de l'enquête HID (Handicaps-Incapacités-Dépendance) réalisée dans les institutions en 1998. Première enquête nationale sur ce sujet en France, elle est articulée autour de trois grands chapitres : les déficiences (les pertes ou les dysfonctionnements des diverses parties du corps ou du cerveau), les incapacités (les difficultés ou impossibilités de réaliser les actes les plus élémentaires aux plus complexes) et les désavantages (les difficultés ou impossibilités que rencontre une personne à remplir les rôles sociaux auxquels elle peut aspirer, ou que la société attend d'elle)

Laroque G. (2001). Le grand âge. *Gérontologie et Société*, (98) : -280p.
Abstract: Dans ce numéro, les auteurs tentent de définir la notion de grand âge. Selon les démographes, le grand âge fait référence à un âge plus élevé que la moyenne. Actuellement, il est assez courant de le fixer à 80 ans. Ce fascicule s'intéresse à ce groupe d'âge à travers ses aspects démographiques, sociologiques, économiques et psychologiques

Mormiche P. (2001). Le handicap en institution : le devenir des pensionnaires entre 1998. *Insee Première*, (803) : -4p.
Abstract: Les données présentées dans ce document sont issues de l'enquête HID (Handicaps-Incapacités-Dépendance) qui vise à établir, pour la première fois en France, une estimation du nombre de personnes touchées par les divers types de handicaps - y compris ceux liés aux atteintes de l'âge - à décrire leur situation sociale, relever l'aide dont ils bénéficient et permettre l'évaluation de celle qui leur serait nécessaire. A la fin de 1998, 660 000 personnes résidaient dans une institution socio-sanitaire. Pour un tiers d'entre elles, il s'agit de longs séjours : elles étaient déjà présentes depuis au moins cinq ans en 1998, et le sont encore deux ans plus tard. Le plus souvent ce sont des adultes handicapés ou des personnes âgées. Par ailleurs, 35 % des pensionnaires, présents en 1998, ont quitté leur établissement sans en gagner un autre. Signe d'une évolution le plus souvent favorable, 6 % sont rentrés chez eux. En revanche, 26 % sont décédés. Les retours à domicile concernent essentiellement des patients d'établissements psychiatriques et des enfants handicapés pensionnaires d'institutions spécialisées. Les décès sont quatre à cinq fois plus fréquents en institution que dans l'ensemble de la population. Cette surmortalité ne s'atténue qu'aux âges élevés. Cependant, en deux ans, plus du tiers des personnes résidant en institution n'ont pas connu d'évolution de leur handicap

Peres K., Barberger-Gateau P. (2001). Evolution de l'incapacité entre 75 et 84 ans : suivi de deux générations à travers l'enquête PAQUID. *Gérontologie et Société*, (98) : 49-64.
Abstract: L'objectif était d'étudier l'évolution en dix ans de l'incapacité entre deux générations de personnes vivant à domicile, âgées de 75 à 84 ans (respectivement nées entre 1903 et 1912 et entre 1913 et 1922) issues de la cohorte PAQUID (Personnes Agées QUID). Dans ces deux

groupes de sujets ont été mesurées les activités de base et instrumentales de la vie courante, la mobilité et le confinement, permettant ainsi d'apprécier leur degré d'incapacité et de désavantage social. Les sujets de la seconde génération ont beaucoup gagné en autonomie par rapport à ceux de la génération index ($p < 0,0001$). Près d'un quart des sujets serait totalement autonome contre 13,5% il y a dix ans. Aucune évolution significative n'a été constatée pour les cinq activités de base, alors qu'une progression de l'autonomie a été observée pour quatre des cinq principales activités instrumentales, pour la mobilité et le confinement. Des stratifications sur le sexe et le niveau d'études mettent en évidence des différences d'évolution de l'autonomie entre les deux générations selon ces facteurs

Thouez J.P. (2001). Territoire et vieillissement. Médecine et société. Paris : Presses Universitaires de France

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

Colin C., Coutton V. (2000). Le nombre de personnes âgées dépendantes d'après l'enquête Handicaps-incapacités-dépendance. *Etudes et Résultats*, (94) : -8p.

Abstract: Ce fascicule propose des estimations du nombre de personnes âgées dépendantes à partir de l'enquête Handicaps-incapacités-dépendance (HID) en s'appuyant sur deux des principales "grilles" d'évaluation de la dépendance : celle développée par le docteur Colvez et l'outil AGGIR (Autonomie gérontologique groupe iso-ressources) utilisé pour l'attribution de la prestation spécifique dépendance et la tarification des établissements pour personnes âgées. Cet outil est comparé dans ce document à l'indicateur de Katz qui mesure le nombre d'activités de la vie quotidienne pour lesquelles la personne âgée a besoin d'aide. L'étude se concentre sur la population des plus de 60 ans

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er094.pdf>

Lefrancois R., Hebert R., Dubs M., Leclerc G., Hamel S. (2000). Incidence à un an de l'entrée en incapacité et de la récupération de l'autonomie fonctionnelle chez les octogénaires. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 48 (2) : 137-144.

Abstract: Cet article analyse l'évolution sur un an de l'autonomie fonctionnelle d'un échantillon de 272 sujets âgés de 80 à 85 ans. L'étude fournit une estimation de l'incidence annuelle d'entrée en incapacité et de la récupération de l'autonomie chez les hommes et les femmes, et identifie les domaines de l'autonomie fonctionnelle où l'on observe les plus fortes fluctuations. Méthode : Les données proviennent de l'Etude longitudinale québécoise sur le vieillissement. L'échantillon comprend des sujets en incapacité et des sujets autonomes recrutés dans deux régions et observés dans un intervalle d'un an à l'aide du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle. Les domaines couverts par cet instrument sont : les activités de la vie quotidienne, la mobilité, les tâches domestiques et les fonctions cognitives et de communication. Résultats : En un an, près de 5% des sujets sont décédés, tandis que 72,5% ont conservé leur statut de personnes autonomes, soit un score inférieur à 4,5 au Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle. L'incidence annuelle d'entrée en incapacité (incluant les décès, hospitalisations prolongées, incapacités fonctionnelles et déficits cognitifs) s'établit à 20%. Le risque relatif de perte d'autonomie ne varie pas selon le sexe. Les principales sources d'incapacité s'étant manifestées chez les sujets autonomes sont, par ordre d'importance, les tâches domestiques, la mobilité et la communication. (...)

Mormiche P. (2000). Le handicap se conjugue au pluriel. *Insee Première*, (742) : -4p.
Abstract: Environ 2,3 millions de personnes, vivant à leur domicile, perçoivent une allocation, une pension ou un autre revenu en raison d'un handicap ou d'un problème de santé. Plus de 5 millions de personnes bénéficient d'une aide régulière pour accomplir certaines tâches de la vie quotidienne, pour les mêmes raisons. Deux fois sur trois, l'aide est apportée par l'entourage proche. Les difficultés vécues sont d'intensité très variable selon la nature, l'origine et la gravité des atteintes. Les femmes souffrent davantage de déficiences motrices et les hommes de déficiences sensorielles. Bien sûr l'âge est un facteur aggravant : ainsi les déficiences motrices affectent deux tiers des nonagénaires. Enfin les inégalités sociales sont très marquées dans le domaine du handicap : un jeune, fils d'ouvrier, est deux fois plus souvent atteint d'une déficience qu'un enfant de cadre. (Les données sont tirées de l'enquête HID 99 (Handicaps - Incapacités - Dépendance

Badeyan G., Colin C. (1999). Les personnes âgées dans les années 90. Perspectives démographiques, santé et modes d'accueil. *Etudes et Résultats*, (40) : -8p.
Abstract: Le vieillissement de la population constitue l'un des thèmes majeurs du débat public. Il pose des problèmes différents, et qui ne concernent pas les mêmes classes d'âge, selon qu'il s'agit de retraites, de santé, d'hébergement ou de dépendance. Cet article a pour objet de présenter une synthèse sur la situation des personnes âgées dans les années 90 en termes de démographie, d'état de santé et de modes d'accueil
<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er040.pdf>

Gauzere F., Commenges D., Barberger-Gateau P., Letenneur L. (1999). Maladie et dépendance : description des évolutions par des modèles multi-états. *Population*, 54 (2) : 205-222.
Abstract: L'évolution d'une maladie peut être modélisée avec un modèle à trois états : sain, malade et décédé. Le modèle utilisé ici ne comporte pas de transitions réversibles ; il est entièrement spécifié par les intensités de transition entre les différents états. Cette approche est intéressante en épidémiologie, car les intensités de transition vers l'état décédé représentent les taux instantanés de décès pour les malades et les non-malades, et l'intensité de transition de l'état sain vers l'état malade est l'incidence instantanée de la maladie. Les auteurs représentent des estimations lissées des différentes intensités de transition entre les différents états ; les probabilités de se trouver dans un état donné à un âge donné se déduisent des intensités, et la prévalence de la maladie peut être calculée par le rapport de la probabilité d'être malade sur la probabilité d'être vivant. Les auteurs ont appliqué la méthode aux données de l'étude PAQUID pour décrire l'évolution de la dépendance lourde des personnes âgées de plus de 65 ans vivant de la sud-ouest de la France. La prévalence de la dépendance lourde augmente avec l'âge pour les deux sexes. Les intensités de passage à la dépendance augmentent plus vite avec l'âge chez les femmes que chez les hommes

Henrard J.C., Ankri J. (1999). Grand âge et santé publique : Rennes : Editions ENSP
Abstract: Les auteurs examinent les différents thèmes de santé publique dans le domaine du vieillissement : la santé (bonne ou mauvaise) de la population âgée et ses déterminants, le système d'aides et de soins, les politiques mises en œuvre. Ils soulignent l'enjeu principal d'aujourd'hui : offrir une prise en charge mieux adaptée et moins inégalitaire face à la complexité des interactions entre le vieillissement biologique, les maladies chroniques, et les ressources de l'environnement individuel et collectif. Ils présentent également les enjeux de demain, avec ne inconnue : l'état de santé des personnes du très grand âge. L'allongement de la longévité moyenne, les modifications du travail salarié rendent nécessaire la réorganisation des temps sociaux et des échanges entre générations. A condition de prendre la mesure de ces changements, les problèmes de la vieillesse peuvent recevoir des réponses qui feront des personnes âgées des citoyens à part entière et non des sujets assistés. (extrait 4ème de couverture)

Robine J.M., Henrard J.C., Moulias R., et al. (1999). L'espérance de vie sans incapacités : faits et tendances : premières tentatives d'explication. *Sociologies*. Paris : Presses Universitaires de France

Robine J.M., Romieu I. (1998). Healthy active ageing : Health Expectancies at age 65 in the different parts of the world. *Reves Paper* ; 318. Montpellier : INSERM, Démographie et Santé, REVES.

Abstract: Ce rapport a été préparé dans le cadre d'un projet de l'Union européenne visant à harmoniser une méthode de calcul des espérances de santé pour l'ensemble des pays du monde. Il comprend 3 parties : exposé des méthodes de calcul des différents indicateurs d'espérance de santé, résultats obtenus pour les différents pays, mesures de santé publique découlant de ces résultats

Robine J.M., Cambois E., Romieu I., Mormiche P. (1998). Variations régionales de l'espérance de vie sans incapacité en France entre 1982 et 1990. Rapport au Haut Comité de Santé Publique.

Henrard J. (1997). Le processus de vieillissement et l'âge de la vieillesse. *Actualité et Dossier en Sante Publique*, (21) : 4-11.

Abstract: Le vieillissement individuel obéit à différents processus. Le vieillissement biologique regroupe la sénescence (temps biologique) et l'avance en âge (temps chronologique) qui ne coïncident pas. Le vieillissement psychologique se traduit notamment par un déclin des fonctions intellectuelles. La vision sociale du vieillissement définit des étapes spécifiques de la vie en lien avec l'utilité sociale, ce qui a tendance à nier le caractère différentiel dû au parcours de vie selon le sexe, la catégorie professionnelle, les structures économiques et sociales. La transition démographique du 20e siècle et l'accroissement du rôle de l'Etat dans la prise en charge des personnes âgées a profondément transformé les relations entre générations et rendu difficile une définition consensuelle de la vieillesse. Les définitions administratives sont dominantes et favorisent l'amalgame entre plusieurs générations âgées. Celles qui prennent en compte la santé oscillent entre les notions de durée de vie moyenne et de probabilité de survie à un âge donné. Les gérontologues sociaux ont proposé la notion de troisième âge négativement perçu car rattaché à tort à la maladie. Les travaux sur la vieillesse doivent, en plus de l'aspect social, s'orienter vers l'investigation sociologique

Olm C., Simon M.O. (1997). Dépendance perçue, dépendance mesurée : deux approches de la même réalité. *Cahier de Recherche* ; 110. Paris : CREDOC.

Abstract: Avant d'instaurer la nouvelle prestation dépendance pour les personnes âgées à domicile, le gouvernement français a procédé à des expérimentations dans douze départements français début janvier 1995. Le Credoc a été chargé du travail d'évaluation de ces expérimentations. Ce rapport rend compte des résultats de cette évaluation, qui portait principalement sur l'évaluation d'une des grilles de dépendance : la grille AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso-Ressources)

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

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

Robine J.M., Romieu I. (1995). Espérance de santé pour la population âgée de 65 ans et plus : application des concepts de la classification internationale des handicaps aux calculs d'espérance de santé, France, début des années 1990 : Paris : INSERM.

Abstract: Ce document présente tout d'abord une évolution de l'espérance de vie sans

"incapacité" à 65 ans (valeur, évolution, comparaison internationale), la Classification Internationale des Handicaps (CIH) et les questions de la consultation WHO/CBS, indicateur de l'Organisation Mondiale de la Santé créé pour tester l'incapacité dans la population mondiale. Puis à partir de l'enquête décennale "Santé et soins médicaux" (1991-92), il commente les résultats obtenus : prévalence de l'incapacité et du désavantage et calcul des espérances de santé à 65 ans

Ankri J., Henrard J.C. (1994). Perceptions de la santé chez les personnes âgées. In : Données sociales et économiques sur la vieillesse. *Gérontologie et Société*, (71) : 101-106.
Abstract: A partir d'un sondage réalisé par le CREDOC en 1992, l'article décrit les perceptions de la santé chez les personnes âgées, leur définition de la bonne santé, l'influence de leurs activités sur leur bonne santé et les facteurs d'amélioration d'un état de santé

Hauet E., Gardent H. (1994). Les incapacités : l'information statistique en France, depuis quinze ans. In : Données sociales et économiques sur la vieillesse. *Gérontologie et Société*, (71) : 85-100.

Abstract. Cet article présente la mesure des différents types d'incapacité dans les enquêtes représentatives (les disparités régionales, l'application à la planification des services : la hiérarchisation du désavantage). Il étudie ensuite les enquêtes nationales représentatives : l'enquête "conditions de vie" (INSEE 1986-1987, l'enquête décennale "Santé" (INSEE-CR-EDES) et les autres enquêtes, telles que l'enquête longitudinale sur quatre ans en Midi-Pyrénées, PAQUID 1988-1989 et l'enquête Saône-et-Loire

Lebeauupin A. (1994). Les incapacités permanentes des personnes âgées. In : Les Français et leur santé : enquête 1991-1992. *Solidarité Santé Etudes Statistiques*, (1) : 57-66.
Abstract: L'âge de la retraite n'est pas l'âge du handicap ni celui de la dépendance. Les plus de 65 ans vivant à domicile ou en logement foyer souffrent de déficiences motrices fréquentes, mais rarement très handicapantes. Un tiers d'entre elles (soit deux millions et demi de personnes) souffrent de difficultés permanentes et un peu plus d'un cinquième déclarent avoir besoin d'une aide. Le rôle de la famille est essentiel pour le maintien à domicile ; l'aide des services s'exerce d'abord en direction des personnes déficientes, seules et aux revenus faibles. Cette analyse a été réalisée à partir de l'enquête sur la Santé et les Soins Médicaux 1991-1992 et de l'enquête EHPA (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées)

Dubuisson F., Kerjose R. (1993). Etablissements pour personnes âgées : 40 % des résidents souffrent de détérioration intellectuelle. *Informations Rapides*, (41) : -4p.
Abstract: Résultats synthétiques du volet "clientèle" de l'enquête menée par le Service des Statistiques - des Etudes et des Systèmes d'Information (SESI) auprès des établissements pour personnes âgées, en France, pour 1991. Ce bulletin fournit diverses indications, en particulier, sur les détériorations ou dépendances psychiatriques et physiques des pensionnaires selon le type d'établissement (logement-foyers, maisons de retraite médicalisées ou non, long-séjours), mais aussi sur leur âge moyen, sur la durée moyenne de séjour, sur le lieu de résidence avant leur entrée dans l'établissement et sur les établissements vers lesquels ils sont dirigés à leur sortie

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er41.pdf>

Laroque G., Hamonet C., Gardent H.e.A. (1993). Vieillesse et handicap. *Gérontologie et Société*, 65 -148p.

3. En Europe /A l'étranger

Charbonneau P, Émond V, Légaré, J. (2011). Actes du séminaire – Appréciation de l'état de santé des aînés : nouvelles perspectives conceptuelles et méthodologiques, Québec : Institut national de santé publique du Québec

Abstract : En novembre 2008, à l'occasion des 12es Journées annuelles de santé publique, un colloque, sur le thème « Appréciation de l'état de santé des aînés : nouvelles perspectives conceptuelles et méthodologiques », a été tenu à Québec. Trois grands thèmes structuraient la journée : un premier portait sur les concepts de santé fonctionnelle, de limitation d'activités et de dépendance; un second sur le cumul des maladies; et un troisième sur le concept de vieillissement réussi.

Banks J. / éd., Lessof C) / éd., Nazroo J. / éd. et al., Institute for Fiscal Studies. (2010). Financial circumstances, health and well-being of the older population in England : The 2008 English Longitudinal Study on Ageing (Wave 4). Londres : Institute of Fiscal Studies
Abstract : The English Longitudinal Study of Ageing (ELSA) was set up with both research and policy as central objectives. With ageing of the population now a global phenomenon, it is of utmost importance to understand the health, well-being and the economic and social circumstances of older people. The longitudinal nature of ELSA provides researchers with increasing opportunities to determine how to put people on trajectories of economically secure older life, with good health, well-being and social engagement. The answers to these research questions will be fundamental to the development of policy. Participants in ELSA are interviewed every two years. After each wave we produce a report which provides insight into the data collected. The previous report, produced after wave 3, was based on data collected in 2006-07 and examined several themes, including contributing to society through paid work, material well-being, health and quality of life. It highlighted the contribution of respondents' expectations, physical health and pension provision as well as, where relevant, partners' employment status, to ongoing employment in this cohort of over-50-year-olds. It showed that wealth was increasing in the over-50s, largely due to increasing housing wealth (growing house prices) with only small increases in non-housing wealth (financial and physical wealth but not pension wealth). Findings in that report also showed that being single, having a low level of pension provision and being out of the labour force were related to income poverty but that reaching state pension age was not, of itself, a driver of poverty of income. Income poverty is one of the possible consequences of low-level pension provision and being out of the labour force. Lower quality of life is another, since lower quality of life was found among those who were poorer as well as those who lived alone or had poor physical health.

Romero-Ortuno R., Walsh C.D., Lawlor B.A., Kenny R.A. (2010). A Frailty Instrument for primary care: findings from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *Bmc Geriatrics*, 10 (57) : 12.

Abstract: A frailty paradigm would be useful in primary care to identify older people at risk, but appropriate metrics at that level are lacking. We created and validated a simple instrument for frailty screening in Europeans aged ≥50. Our study is based on the first wave of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) a large population-based survey conducted in 2004-2005 in twelve European countries
<http://www.biomedcentral.com/1471-2318/10/57>

Szanton S.L., Seplaki C.L., Thorpe R.J. (2010). Socioeconomic Status is associated with Frailty: the Women's Health and Aging Studies. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64 (1) : 11, tabl.

Abstract: Frailty is a common risk factor for morbidity and mortality in older adults. Although both low socioeconomic status (SES) and frailty are important sources of vulnerability, there is limited research examining their relationship. We sought to determine 1) the extent to which low SES was associated with increased odds of frailty and 2) whether race was associated with frailty, independent of SES. We conducted a cross-sectional analysis of the Women's Health and Aging Studies using multivariable ordinal logistic regression modeling to estimate the relationship between SES measures with frailty status in 727 older women. Control variables included race, age, smoking status, insurance status, and co-morbidities. Ten per cent of the sample were frail, 46% were intermediately frail, and 44% were robust. In adjusted models, older women with less than a high school degree had a threefold greater odds of frailty compared to their more educated counterparts. Those with less than \$10,000 yearly income had two times greater odds of frailty

than their wealthier counterparts. These findings are independent of age, race, health insurance status, co morbidity, and smoking status. African Americans were more likely to be frail than Caucasians ($p < 0.01$). However, after adjusting for education, race was not associated with frailty. The effect of race was confounded by socioeconomic position. In this population-based sample, odds of frailty were increased for those of low education or income regardless of race. The growing population of older adults with low levels of education and income render these findings important

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2856660/pdf/nihms-183799.pdf>

Paixao C.M., Pruber de Queiroz Campos Araujo (2010). Frailty and vulnerability : Are the two terms equivalent in paediatrics and geriatrics ? *European Geriatric Medicine*, 1-4.

Jurges H., Hank K. (2009). The Last Year of Life in Europe: Initial Findings from the SHARE Study : Mannheim : MEA.

Abstract: This article provides an explorative overview of the life circumstances of older Europeans in their last year of life. Using information from 526 end-of-life interviews conducted as part of the 2006-07 Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), we detect a high prevalence of disability in the last year of life, varying by socio-demographic characteristics and geographic region. The most important sources of help in the year prior to death are children and children-in-law, but non-family also plays a major role, particularly in Northern Europe. Two fifths of the decedents died outside of institutions, this fraction being larger in Southern than in Northern Europe. Most decedents divide their bequests almost equally between their children. Our findings draw an initial picture of older European's last year of life and show, how the research potential introduced in this paper might expand once future waves of SHARE become available

http://www.mea.uni-mannheim.de/publications/meadp_177-09.pdf

Kapteyn A., Smith J.P., Van S.A. (2009). Work Disability, Work, and Justification Bias in Europe and the U.S : Cambridge : NBER

Abstract: To analyze the effect of health on work, many studies use a simple self-assessed health measure based upon a question such as do you have an impairment or health problem limiting the kind or amount of work you can do ? A possible drawback of such a measure is the possibility that different groups of respondents may use different response scales. This is commonly referred to as "differential item functioning" (DIF). A specific form of DIF is justification bias: to justify the fact that they don't work, non-working respondents may classify a given health problem as a more serious work limitation than working respondents. In this paper we use anchoring vignettes to identify justification bias and other forms of DIF across countries and socio-economic groups among older workers in the U.S. and Europe. Generally, we find differences in response scales across countries, partly related to social insurance generosity and employment protection. Furthermore, we find significant evidence of justification bias in the U.S. but not in Europe, suggesting differences in social norms concerning work

Lambrelli D., O'Donnel O. (2009). Why Does the Utilization of Pharmaceuticals Vary So Much Across Europe? Evidence from Micro Data on Older Europeans : York : HEDG

Abstract: We analyze the relative importance of population versus institutional factors in explaining cross-country variation in the utilization of pharmaceuticals among older Europeans. Use of medication is examined among all individuals aged 50+ in eleven European countries and, to better control for need, among those diagnosed with medical conditions for which there exist effective drug therapies. Organizational factors include the density of pharmacies and of physicians, retail prices, reimbursement rates, restrictions on retailing of pharmaceuticals and incentives designed to influence prescribing behaviour. Differences in population health and demographics account for almost 75% of the cross-country variation in the propensity to use pharmaceuticals among all older Europeans but this fraction falls to only 12% among those with a diagnosed condition, while, for this group, differences in the organization of the pharmaceutical and health sectors explain 32-54% of the cross-European variation in utilization of medicines. Organizational differences are more important in explaining variation in receipt of medication for serious conditions, such as asthma, arthritis, diabetes, heart attack and stroke, for which 60-80%

of the cross-country variation can be explained by population and organizational factors, and less important for asymptomatic conditions, such as high cholesterol and hypertension, for which less than 35% of the variation is explained

http://www.york.ac.uk/res/herc/documents/wp/09_06.pdf

Michaud P.C., Goldman D., Lakdawalla D., Zheng Y., Gayley A. (2009). International Differences in Longevity and Health and their Economic Consequences : Cambridge : NBER
Abstract: In 1975, 50 year-old Americans could expect to live slightly longer than their European counterparts. By 2005, American life expectancy at that age has diverged substantially compared to Europe. We find that this growing longevity gap is primarily the symptom of real declines in the health of near-elderly Americans, relative to their European peers. In particular, we use a microsimulation approach to project what US longevity would look like, if US health trends approximated those in Europe. We find that differences in health can explain most of the growing gap in remaining life expectancy. In addition, we quantify the public finance consequences of this deterioration in health. The model predicts that gradually moving American cohorts to the health status enjoyed by Europeans could save up to \$1.1 trillion in discounted total health expenditures from 2004 to 2050

Santos-Eggimann B., Cuenoud P., Spagnoli J., Junod J. (2009). Prevalence of frailty in middle-aged and older community-dwelling Europeans living in 10 countries. *Journal of Gerontology : Medical Sciences*, 64A (6) : 675-681.

Sole-Auro A., Guillen M., Crimmins E.M. (2009). Health care utilization among immigrants and native-born populations in 11 European countries. Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe : Barcelone : RIAC

Abstract: This study examines health care utilization of immigrants relative to the native-born populations aged 50 years and older in eleven European countries. Methods: We analyzed data from the Survey of Health Aging and Retirement in Europe (SHARE) from 2004 for a sample of 27,444 individuals. Negative Binomial regression was conducted to examine the difference in number of doctor visits, visits to General Practitioners (GPs), and hospital stays between immigrants and the native-born. Results: We find evidence those immigrants above age 50 use health services on average more than the native-born populations with the same characteristics. Our models show immigrants have between 6% and 27% more expected visits to the doctor, GP or hospital stays when compared to native-born populations in a number of European countries. Discussion: Elderly immigrant populations might be using health services more intensively due to cultural reasons

http://www.ub.edu/irea/working_papers/2009/200920.pdf

Pel-Littel R.E., Schuurmans M.J., Emmelot-Vonk M.H., Verhaar J.J. (2009). Frailty : defining and measuring of a concept. *Journal of Nutrition Health & Aging (The)*, 13 (4) : 390-394.

Santos-Eggimann B., Cuenoud P., Spagnoli J., Junod J. (2009). Prevalence of frailty in middle-aged and older community-dwelling Europeans living in 10 countries. *Journal of Gerontology : Medical Sciences*, 64A (6) : 675-681.

Daniels R., Van R.E., Witte L.d., Van Den H.E.U.V. (2008). Frailty in older age : concepts and relevance for occupational and physical therapy. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 27 (2) : 81-95.

Ravaglia G., Forti P., Lucicesare A., Pisacane N., Rietti E. (2008). Development of an easy prognostic score for frailty outcomes in the aged. *Age and Ageing*, 37 (2) : 161-166.

Henchoz K., Cavalli S., Girardin M. (2008). Perception de la santé et comparaison sociale dans le grand âge. *Sciences Sociales et Sante*, 26 (3) : 47-72.

Abstract: Cet article s'intéresse au lien entre état de santé et perception de la santé dans le grand âge. Il se demande, d'une part, comment les personnes âgées évaluent leur état de santé et, d'autre part, quel est le lien entre cet état et la perception qu'elles en ont. Sur la base des

données quantitatives et qualitatives de l'étude longitudinale SWILSOO (Swiss Interdisciplinary Longitudinal Study on the Oldest Old), il confirme que, si état et perception de santé se dégradent tous deux dans le grand âge, l'appréciation portée par les vieillards sur leur état tend à relativiser le déclin. Il montre que l'écart croissant entre ces deux éléments s'explique par des mécanismes de comparaison. Le matériel qualitatif met en évidence diverses formes de comparaison dont le recours permet de préserver jusqu'au plus grand âge une perception de la santé — et donc de soi — relativement positive (d'après résumé des auteurs)

(2007). Health and long-term care in the European Union. Special Eurobarometer : Bruxelles : Communauté européenne.

Abstract: This report studies successively the following issues covered by the survey. First of all, we focus on the lifestyle of Europeans, their health-limitations and their views about becoming dependent upon the help of others. In chapter two we examine the public's assessment of the health-care system in general and the care of dependent people specifically by looking at quality, availability, accessibility and affordability of health care services. We furthermore analyse the extent to which people have had to do without care because of availability, accessibility or affordability problems. The second part of the report focuses on attitudes to care of elderly and dependent people: how people want their elderly parents to be looked after, how should the care of elderly and dependent people be financed and how well elderly and dependent people are perceived to be looked after. In the final part we focus specifically on long-term care and the care of the elderly. We firstly examine Europeans' views about the provision of long term care: the appropriateness and costs and to what extent they themselves have been involved in providing care. We then look at people's views about receiving care: the perceived likelihood that people will receive appropriate care in the future, how they expect and prefer to be taken care of should the need arise and how they think they will finance their future long-term care. In the last chapter, we look at the extent to which abuse of elderly dependent people is perceived to be taking place, what forms of abuse this vulnerable group is subjected to and who the perpetrators are perceived to be

http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_283_en.pdf

(2007). Healthy ageing. A challenge for Europe : Stockholm : Swedish National Institute of Public Health.

Abstract: The Healthy Ageing – a Challenge for Europe report presents an overview of interventions on ageing and health. It includes suggested recommendations to decision makers, NGOs and practitioners on how to get into action to promote healthy ageing among the growing number of older people. The report also presents different countries' policies/strategies for older people's health, summaries of reviews on the effectiveness of interventions for later life, and a number of examples on good practice projects promoting healthy ageing. Data about the health of older people is presented

http://www.fhi.se/shop/material_pdf/Healthy_ageing.pdf

Adam S., Bonsang E., Germain S., Perelman S. (2007). Retraite, activités non professionnelles et vieillissement cognitif : Une exploration à partir des données de Share. In : Santé, vieillissement et retraite en Europe. *Economie et Statistique*, (403-404) : 83-96.

Abstract: Une approche en termes de frontières d'efficacité peut être utilisée pour étudier les relations entre les fonctions cognitives des personnes âgées de plus de 50 ans en Europe d'une part, et différents facteurs, plus particulièrement l'âge, l'éducation et l'exercice d'activités, professionnelles ou non, d'autre part. Le but est de construire une « frontière » correspondant au fonctionnement cognitif optimal que chacun des individus est censé atteindre étant donné son âge et son niveau d'éducation. À cette fin, nous utilisons des données individuelles collectées durant la première vague de l'enquête internationale et interdisciplinaire Share de 2004, laquelle contient le résultat de tests cognitifs réalisés auprès de plus de 22 000 individus âgés, ainsi que des informations sur leur état de santé, mentale et physique, leur situation socio-économique, leur entourage familial, l'exercice d'activités professionnelles ou non professionnelles, l'isolement social et les performances cognitives individuelles mesurées à l'aide de tests. En plus du rôle fondamental joué par l'éducation face au vieillissement cognitif, le fait de rester en activité, ainsi

que la pratique d'une activité non professionnelle ou d'activités physiques, vigoureuses ou modérées, sont positivement associés à la constitution des « réserves cognitives » individuelles. La mise à disposition des données des vagues successives de Share, prévues tous les deux ans auprès des mêmes individus, pourrait permettre de déterminer les liens de causalité subjacents http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES403-404e.pdf

Walson J., Hadley E.C., Ferrucci L., Guralnik J.M., NEWMANA.B., Studenski S.A., Ershler W.B., Harris T., Fried L.P. (2006). Research agenda for frailty in older adults : toward a better understanding of physiology and etiology : summary from the American Geriatrics Society/National Institute on Aging research conference on frailty in older adults. *Journal of American Geriatrics Society*, 54 (6) : 991-1001.

Lafortune G., Balestat G. (2007). Trends in severe disability among elderly people : assessing the Evidence in 12 OECD countries and the future implications. OECD Health Working Papers ; 26. Paris : OCDE

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

<http://www.oecd.org/dataoecd/13/8/38343783.pdf>

(2005). Health, ageing and retirement in Europe : first results from the survey of health, ageing and retirement in Europe (SHARE) : Mannheim : MEA.

Abstract: L'objectif de cet ouvrage est de présenter les conditions de vie des européens âgés de 50 ans et plus. Il décrit leur état de santé, leur entourage familial, leur réseau social, et leur revenu. L'analyse se base sur les résultats de l'enquête européenne SHARE (Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe), qui recueille des données sur un échantillon de 27 000 personnes âgées de 50 ans et plus en Europe

<http://www.share-project.org/t3/share/index.php?id=69>

Abramowska A., Gourbin C., Wunsch G. (2005). Projections of the dependent elderly population by age, sex, and household composition. Scenarios for Belgium. *Archives of Public Health*, 63

(5) : 243-257.

Abstract: Projections of the dependent elderly population (65+years old) have been made for Belgium as a whole, by age, sex, and composition of the household, for the period 2005-2050, taking into account the differences in prevalence rates of dependency by household type and possible future declines in these rates. Population projections are made by the Belgian national statistical institute (INS-NIS). The distribution of the population by five-year age groups and sex according to the composition of the household is taken from the Belgian population register. Only three categories are considered : single person private households, other private households, collective households. The latter category has been corrected using the national health insurance data (INAMI-RIZIV). In the absence of adequate data for Belgium, data on the elderly dependency rates by age, sex, and type of household are those of the French HID (Handicap-Invalidité-Dépendance) survey. Concerning trends, two scenarios have been adopted. In the first scenario, dependency rates are assumed to be stationary during the projection period. In the second scenario, rates decline in the future according to past trends observed in France. The projections show that even with declining dependency rates in the future, one can expect a significant increase in the absolute numbers of institutionalized population especially at older ages, for males and for females

(2003). Vieillir en restant actif : cadre d'orientation : Genève : OMS.

Abstract: Le présent document tente de répondre à des questions et interrogations relatives au vieillissement démographique. La première partie décrit l'essor rapide de la population des plus de 60 ans dans le monde entier et plus particulièrement dans les pays en développement. La deuxième partie étudie le concept de " vieillir en restant actif ". La troisième partie récapitule les informations dont on dispose sur les facteurs qui permettent de déterminer si les individus et les populations jouiront ou non d'une qualité de vie positive pendant leur vieillesse. La quatrième partie expose les sept grands défis qu'une population vieillissante lance aux gouvernements, au secteur non gouvernemental, au secteur privé et au monde universitaire. La cinquième partie fournit un cadre d'orientation ainsi que des suggestions concrètes en vue de la formulation de propositions clés

http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8_fre.pdf

Von Kondratowitz H.J., Tesch-Romer C., Motel-Klingebiel A. (2003). La qualité de vie des personnes âgées dans les Etats-providence européens. *Retraite et Société*, (38) : 134-169.

Abstract: Cette contribution analyse, sous l'angle de l'infrastructure de l'Etat-providence, le rôle de la famille et sa contribution à la qualité de vie des personnes âgées. Les analyses étaient essentiellement l'idée d'une interaction entre relations familiales et soutien de l'Etat-providence, mais elles posent de nouvelles questions. L'existence d'enfants vivants présentent une corrélation positive avec la qualité de vie globale (subjective). Cependant les données relatives à l'Espagne et l'Angleterre ne confirment pas les hypothèses théoriques

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

Fried L.P., Tangen C.M., Walson J., Newman A.B., HIRSCHC., Gottdiener J., Seeman T., Tracy R., Kop W.J., BURKEG., Mcburnie M.A. (2001). Frailty in older age : evidence for a phenotype. *Journal of Gerontology : Medical Sciences*, 56A (3) : M146-M156.

O'Neill D. (2000). La santé des personnes âgées en Irlande. *Gérontologie*, (116) : 11-18.

Abstract: Article présentant les personnes âgées en Irlande, leur état de santé, l'organisation des services de santé et la politique de santé spécifique pour les personnes âgées (médecine gériatrique, conseil national pour la vieillesse et les personnes âgées, service de soins à domicile, soins de longue durée, formation et recherche, gérontopsychiatrie)

Dépenses de santé

1-Etudes Irdes

Afrite A., Com-Ruelle L., Or Z., Renaud T. (2007). L'hospitalisation à domicile, une alternative économique pour les soins de suite et de réadaptation. *Questions D'Economie de la Sante (Irdes)*, (119) : 1-8.

Abstract: Dans une perspective de planification des besoins grandissants de soins de la population vieillissante, l'IRDES a été sollicité pour réaliser une étude de coût de création d'une place en hospitalisation à domicile (HAD) en comparaison d'un lit dans un établissement de soins de suite et de réadaptation (SSR), pour une activité superposable et en tenant compte des différentes situations cliniques possibles. Cette étude a été financée par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) du ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées. Une enquête ad hoc a été menée auprès des structures d'HAD pour recueillir leurs coûts de création (l'enquête CCHAD 2006) tandis que des données fournies par la DHOS ont été utilisées du côté SSR

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes119.pdf>

Polton D., Sermet C. (2006). Le vieillissement de la population va-t-il submerger le système de santé ? In : La santé des personnes âgées : Numéro thématique. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, (5-6) : 49-52.

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

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

Aligon A. (2003). Evaluation du coût de la prise en charge en Hospitalisation à Domicile. Rapport CreDES. Paris : CREDES.

Abstract: La Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins du ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, conjointement à la CNAMTS, a demandé au CREDES de mener une enquête sur le coût de la prise en charge en hospitalisation à domicile (HAD) entre 1999 et 2000. Face à la diversité des situations existantes vis-à-vis des modes de tarification de l'hospitalisation à domicile (HAD), l'objectif principal de l'étude est d'évaluer le coût journalier de prise en charge globale des patients en HAD en fonction de l'état de santé et des soins prodigués à partir d'une enquête prospective menée en 1999/2000. Après une description du contexte dans lequel se situe l'HAD, ce rapport présente d'abord la méthodologie de construction des coûts. Ensuite, il décrit les caractéristiques sociodémographiques et médicales des patients retenus pour cette étude économique et pour lesquels nous disposons à la fois des consommations médicales délivrées par les structures d'HAD et des prestations versées en sus par l'Assurance maladie. L'évaluation du coût par journée de prise en charge en HAD est déclinée suivant différents critères relatifs au patient et à la structure d'HAD. Les facteurs déterminants de ce coût sont mis en évidence : la durée de séjour, le protocole de soins, le mode de sortie de l'HAD, l'âge et le degré de dépendance locomotrice. Enfin, cette étude apporte des éléments essentiels à intégrer dans la réflexion autour d'un paiement prospectif (plan hôpital 2007), notamment la nécessité de clarifier les définitions des protocoles de soins

Grignon M. (2003). Les conséquences du vieillissement de la population sur les dépenses de santé. *Questions D'Economie de la Sante (CreDES)*, (66) : -4p.

Abstract: Le Conseil de Politique Economique de l'Union Européenne a lancé des travaux visant à analyser les conséquences du vieillissement sur les finances publiques des Etats membres. Dans ce cadre, cette étude confiée au CREDES par la Direction de la Prévision concerne plus particulièrement l'impact du vieillissement sur les dépenses publiques de santé. Pour mesurer cet impact en France à l'horizon 2020, l'auteur de ce document propose un scénario qui consiste à appliquer la dépense par âge constatée aujourd'hui à la pyramide des âges futurs. Ce travail se poursuivra par une seconde étape qui cherchera à mesurer l'évolution de la morbidité et de l'invalidité à âge donné. Les résultats présentés ici ont déjà fait l'objet d'un article paru en décembre 2002 dans la revue franco-québécoise "Santé, société et solidarité" ayant pour thème Vieillessement et Santé
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes66.pdf>

Grignon M. (2002). Impact macro-économique du vieillissement de la population sur les dépenses d'assurance maladie en France. In : Vieillessement et santé. *Santé Société et Solidarité : Revue de L'Observatoire Franco-québécoisE*, (2) : 135-154.

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

Aligon A., Com-Ruelle L., Raffy-Pihan N. (2001). Méthode de l'enquête sur le coût de la prise en charge en hospitalisation à domicile, 1999-2000. Rapport CreDES. Paris : CREDES.

Abstract: L'objectif principal de cette enquête sur l'hospitalisation à domicile (HAD) menée par le Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES) en 1999-2000 est de calculer le coût global de prise en charge des patients « tout compris » afin d'éclairer les politiques de tarification. La construction d'un tel coût nécessite un recueil double, le premier auprès des structures d'HAD, complété par un second auprès de l'Assurance maladie. Ce rapport présente la méthode d'enquête (objectifs, contraintes, outils de recueil), sa mise en œuvre sur le terrain (chronologie, organisation des flux d'information entre les différents acteurs, appariement des fichiers) et les méthodes d'exploitation des données (hypothèses de valorisation, choix des postes de consommation médicale, méthodes d'analyse statistique). Les annexes comprennent les documents ayant servi sur le terrain : questionnaires, méthode d'évaluation de la charge en soins infirmiers, aide à la codification des pathologies et des modes de prise en charge en HAD

Mizrahi An., Mizrahi Ar. (1997). Dépense d'hospitalisation des personnes âgées. *Gérontologie et Société* (80) ; 33-50

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

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

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

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

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

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

Abstract: Les résultats présentés dans ce rapport sont issus de l'enquête nationale représentative sur les personnes âgées résidant en institution, effectuée par le Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé, en 1987-1988. L'analyse porte sur la nature des soins infirmiers, la distribution selon l'âge, le sexe, le niveau de déficience et sur leur coût

2-Etudes françaises

Prieur C. (2011). Financer nos dépenses de santé : Que faire ? Paris : L'Harmattan

Abstract: Le financement du système de santé français par une assurance maladie obligatoire permet à chaque Français d'accéder aux soins dont il a besoin, sans obstacle financier. Mais le maintien de ce système est menacé par la croissance de ses dépenses. Il faut adapter la Sécurité sociale au vieillissement de la population comme au progrès de la médecine. Cet ouvrage est une réflexion sur l'organisation du système de soins et son fonctionnement - les orientations à suivre pour que la croissance des dépenses revienne à un rythme plus raisonnable. Il comprend aussi une présentation de trois modèles de systèmes de protection sociale : celui de la Grande-Bretagne, d'inspiration beveridgienne, celui des Pays-Bas, d'inspiration bismarckienne et celui des Etats-Unis, plus libéral (4e de couverture)

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

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

Dormont B. (2010). Les dépenses de santé : une augmentation salubre ? In P.ASKENAZY (Ed.), *16 nouvelles questions d'économie contemporaine* (pp. 387-444). Paris : Albin Michel
Abstract: Cette étude analyse les facteurs d'évolution des dépenses de santé depuis les années cinquante, pour la France et l'ensemble des pays industrialisés. Elle insiste plus particulièrement sur les facteurs "âge", proximité de la mort et diffusion des innovations médicales
<http://www.cepremap.ens.fr/depot/opus/OPUS15.pdf>

Dormont B. (2010). Le vieillissement ne fera pas exploser les dépenses de santé. *Esprit*, 93-106.
Abstract: Quand on observe la progression parallèle du vieillissement de la population et des dépenses de santé, on est amené à penser que l'un ne va pas sans l'autre. Pourtant, la première n'entraîne pas automatiquement la seconde, qui découle plutôt des changements techniques dans le traitement de maladies lourdes. Dès lors, il n'y a pas à considérer la vieillesse comme une charge ingérable collectivement mais plutôt une occasion d'affirmer des choix de société
Elbaum M. (2010). L'évolution des dépenses de santé depuis vingt ans : quelques éléments d'analyse. In : Les vingt ans des économistes de la santé. *Seve : les Tribunes de la Santé*, 15-29.
Abstract: L'augmentation des dépenses de santé s'est poursuivie au cours des vingt dernières années, avec une nette inflexion par rapport à la période précédente et sous la forme d'une montée par paliers. Les soins hospitaliers gardent une place prédominante, qui s'érode au profit des médicaments. La prise en charge publique s'est déplacée vers l'hôpital et les pathologies lourdes, les affections de longue durée concentrant plus de 62 % des remboursements du régime général. Les processus de régulation demeurent encore inaboutis : les tentatives de régulation financière ont eu des effets perceptibles mais mitigés, et les changements ont peu affecté le cœur du fonctionnement du système. D'importantes incertitudes sont liées au traitement futur des déficits et à la dynamique des dépenses à long terme : elles portent sur l'impact du vieillissement, mais encore plus sur les autres facteurs d'évolution. Une série de questions est alors posée pour le débat (résumé de l'éditeur)

Haut Comité pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. (2010). Vieillesse, longévité et assurance maladie. Constats et orientations. Avis adopté le 22 avril 2010 : Paris : HCAAM.
Abstract: Le vieillissement de la population est souvent présenté comme une des causes essentielles de la hausse des dépenses de santé, et donc des tensions sur l'équilibre financier de l'assurance maladie. Le HCAAM a donc souhaité aborder la question, au cœur des débats actuels relatifs à d'autres dimensions de la protection sociale telles que les retraites ou la perte d'autonomie. Au terme de cette étude, il apparaît qu'il faut évacuer de nos représentations l'image d'une déferlante du grand âge qui serait sur le point de submerger, sans qu'on n'y puisse rien, le système de couverture solidaire. En revanche, la longévité croissante des individus, et le vieillissement corrélatif de la population, adressent une question cruciale au système de soins, et du même coup, à l'évolution des dépenses d'assurance maladie. Celle du défi - qu'il tient qu'à nous de relever - d'organiser autrement la manière de prendre en charge et d'accompagner les malades particulièrement fragiles et présentant des situations cliniques complexes et poly-pathologiques. Car le grand âge met en évidence, comme le ferait un instrument d'optique grossissant, un point de fragilité fondamentale de l'organisation des soins : son insuffisante transversalité autour de chaque personne malade (tiré du texte)
http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/avis/hcaam_avis_220410.pdf
http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/avis/hcaam_note_220410-pdf
http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/avis/hcaam_annexe_220410.pdf

Albouy V., Bretin E., Carnot N., Deprez M. (2009). Les dépenses de santé en France : déterminants et impact du vieillissement à l'horizon 2050 : Paris : DGTPE
Abstract: La part du revenu national consacrée à la santé est en forte croissance depuis plusieurs décennies. Cette dépense étant largement socialisée, il est capital d'évaluer si cette tendance a des chances de se poursuivre, quelles en sont les causes profondes, et si les politiques publiques peuvent l'infléchir. Ce document passe en revue les déterminants possibles de l'augmentation des dépenses de santé. Il conclut que si certains facteurs passés pourraient peser moins lourdement à l'avenir, la santé reste fondamentalement une industrie en croissance tirée par l'innovation technico-médicale. L'ampleur de la hausse à venir paraît néanmoins très

incertaine : les estimations passées ici en revue anticipent une hausse du poids de la santé dans le PIB comprise entre 0 et plus de 10 points d'ici 2050. Dans une deuxième partie, une estimation originale de l'effet du vieillissement démographique est proposée. D'après nos estimations, l'impact du vieillissement sur la dépense de santé devrait être compris entre ½ et 2 ½ points de PIB d'ici 2050, selon que la santé des seniors ira spontanément en s'améliorant ou qu'au contraire les soins aux personnes âgées s'intensifient

http://www.finances.gouv.fr/directions_services/dgtp/etudes/doctrav/pdf/ca-hiers-2009-11.pdf

Caisse Nationale d'Assurance Maladie (2009). 2,5 millions de personnes atteintes de diabète en France : Prise en charge des malades et dynamique des dépenses. *Point D'Information (Cnamts)*, -11p.

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

Dormont B. (2009). Les dépenses de santé : une augmentation salutaire ? Collection du Cepremap. Paris : Editions d'Ulm - Presses de l'Ecole normale supérieure

Abstract: Le débat sur le système de santé est d'ordinaire abordé sous l'angle du financement, avec la perspective des sacrifices à consentir. Une telle approche privilégie les moyens au dépend des fins. En s'intéressant de près à la dépense de santé, cette étude veut donner toute sa place aux objectifs. Depuis le milieu du XXe siècle les économies développées connaissent deux grandes tendances : un formidable accroissement de la longévité et une augmentation continue de la part du produit intérieur brut consacrée aux dépenses de santé. Quel est le lien entre ces deux évolutions ? Contrairement à une opinion répandue, le vieillissement ne joue qu'un rôle mineur dans la croissance des dépenses de santé. Celle-ci résulte principalement de la dynamique du progrès médical : de nouveaux produits et de nouvelles procédures apparaissent continuellement, dont la diffusion alimente la croissance des dépenses de santé. Ces dépenses sont-elles justifiées ? Doivent-elles continuer à progresser ? Ces questions doivent être posées car la dépense de santé est, dans une large proportion, financée par des prélèvements obligatoires. Pour y répondre, il faut mesurer la valeur des gains en santé et en longévité obtenus en contrepartie des dépenses de santé. On utilise pour cela le concept de « valeur statistique de la vie », employé dans d'autres domaines de la décision publique comme les politiques environnementales. Des études ciblées sur différentes pathologies comme les maladies cardiaques, la cataracte ou la dépression montrent que les innovations médicales ont, certes, entraîné une augmentation du coût des traitements. Mais la valeur de l'amélioration de la qualité de la vie, de la baisse des handicaps et de l'accroissement de la longévité qui en découlent dépasse largement la hausse du coût des soins. Une étude plus globale réalisée pour les États-Unis aboutit à une évaluation spectaculaire : entre 1970 et 2000, les progrès en santé et en longévité auraient représenté chaque année un gain égal à 34 % du PIB, soit plus du double des dépenses de santé, qui représentent 15 % du PIB dans ce pays. Un tel résultat suggère que dépenser encore plus pour la santé pourrait répondre aux préférences collectives. Grâce aux innovations médicales, nous vivons plus longtemps et en meilleure santé. Évalués en unités monétaires, les gains en bien-être obtenus en contrepartie de ces dépenses semblent gigantesques. Certes, des gains d'efficacité sont possibles et souhaitables. Mais il est urgent d'organiser en France un débat public sur le niveau désirable de l'effort consenti en faveur de la santé. La focalisation actuelle des discussions sur le niveau des prélèvements obligatoires

escamote la réflexion sur les dépenses désirées.

<http://www.cepremap.ens.fr/depot/opus/OPUS15.pdf>

Dormont B. (2009). Vieillesse et dépenses de santé. In G.d.Pouvourville (Ed.), *Traité d'économie et de gestion de la santé* (pp. 123-130). Paris : Editions de Santé ; Paris : SciencesPo Les Presses

Pichetti S., Raynaud D., Vidal G. (2009). Les déterminants individuels des dépenses de santé. In G.d.Pouvourville (Ed.), *Traité d'économie et de gestion de la santé* (pp. 115-121). Paris : Editions de Santé ; Paris : SciencesPo Les Presses

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

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

http://www.fsa.fr/webffsa/risques.nsf/html/Risques_80_0025.htm

Caisse Nationale d'Assurance Maladie. (2008). Etude sur les personnes en affection de longue durée : Quelles évolutions en 2007? *Point D'Information (Cnamts)*, -5p.

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

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

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

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

Pouvourville G.d. (2007). Le temps de la santé : le coût du temps ultime. *Sève : les Tribunes de la Santé*, (13) : 77-85.

Abstract: Pour réduire les déficits de l'assurance maladie, il conviendrait sans doute de réduire les dépenses de fin de vie, qui représentent actuellement 13 % des dépenses de santé. Pourtant, l'analyse des données disponibles démontre que ce sont les maladies chroniques ou les soins prodigués aux personnes de moins de 65 ans qui représentent la plus grande part des dépenses

Dormont B., Huber H. (2006). Causes of health expenditure growth: the predominance of changes in medical practices over population ageing. *Cahiers de recherche EURISCO*; 2006-03. Paris : EURISCO.

Abstract: L'accroissement des dépenses de santé en France peut être expliqué par trois facteurs 1) l'effet démographique, 2) les changements au niveau de la morbidité à un âge donné et 3) les changements au niveau des pratiques, pour un âge donné et un niveau de morbidité. L'objectif de cet article est d'évaluer et d'interpréter les effets respectifs de ces trois facteurs

http://www.dauphine.fr/eurisco/eur_cr/cah0603.pdf

Dormont B., Huber H. (2006). Causes of health expenditure growth : the predominance of changes in medical practices over population ageing. In : Health, insurance, equity. *Annales D'Economie et de Statistique*, (83-84) : 187-217.

Dormont B., Grignon M., Huber H. (2006). Health expenditures growth : reassessing the threat of aging. *Health Economics*, 15 (9) : 947-963.

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

Raynaud D. (2006). La consommation de soins des personnes âgées. In : Les personnes âgées en situation de dépendance. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, (56) : 34-38.

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

<http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Hcsp/ADSP/56/ad563437.pdf>

Mizrahi A., Mizrahi A. (2005). Evolution de la consommation médicale des personnes âgées. *Cahier D'Histoire de la Sécurité Sociale*, (1) : 295-311.

Abstract: Depuis 40 ans la consommation médicale par personne a fortement augmenté tant en niveau qu'en part de la richesse nationale. Parallèlement la structure des soins et la répartition des dépenses entre les différents financeurs se sont modifiées. Dans ce contexte de transformation rapide, la consommation médicale des personnes âgées s'est-elle distinguée par une évolution spécifique, et si oui, en quoi ? C'est à cette question que les auteurs se proposent d'apporter quelques éléments de réponse. Après avoir rappelé rapidement l'évolution du secteur dans son ensemble, ils présentent, dans une première partie, ce qui caractérise la consommation médicale et les différents profils de soins des groupes de personnes âgées et très âgées, et, dans une deuxième partie, l'évolution spécifique des soins aux personnes âgées

http://argses.free.fr/textes/23_evol_cm_pa_vl.pdf

Missegue N., Pereira C. (2005). Les déterminants de l'évolution des dépenses de santé. In : Etudes sur les dépenses de santé. *Dossiers Solidarité et Santé*, (1) : 61-83.

Abstract: En quarante ans, la part de la consommation de soins et de biens médicaux (en valeur) dans le PIB a été multiplié par 2,3 pour atteindre 9,3 % en 2003. Quels sont les déterminants qui permettent de comprendre l'évolution des dépenses de santé ? Plusieurs facteurs sont susceptibles de fournir des explications : la démographie de la population, l'évolution macro-économique, le nombre de médecins ou encore le degré de couverture de la population par les dispositifs publics ou privés d'assurance maladie. Cependant, il n'est pas toujours possible d'améliorer l'ensemble de ces indicateurs dans une perspective de modélisation, identifiant l'impact spécifique de tel ou tel déterminant des dépenses

<http://www.sante.gouv.fr/drees/dossier-solsa/pdf/dossier200501.pdf>

Grignon M. (2004). L'évolution des dépenses de santé : des scénarios pluriels. In : Vieillesse et dépendance. *Problèmes Politiques et Sociaux*, (903) : 85.

Raynaud D. (2004). La consommation médicale en fin de vie des personnes décédées en 2002. 3, 2.

Caisse Nationale d'Assurance Maladie. (2003). Le vieillissement de la population et son incidence sur l'évolution des dépenses de santé. *Point de Conjoncture - la Statistique Mensuelle*

en Date des Soins, (15) : 13-37.

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

<http://www.ameli.fr/pdf/948.pdf>

Raynaud D. (2002). Les déterminants individuels des dépenses de santé. *Etudes et Résultats*, (182) : -8p.

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

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er182.pdf>

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

Abstract: Ronan Mahieu présente d'abord une étude comparative sur séries temporelles des déterminants des dépenses de santé dans plusieurs pays de l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Economiques). Dans un premier temps, il estime un modèle unique sur six pays en se focalisant sur les facteurs d'offre, en particulier le progrès technique médical. Les résultats suggèrent un possible rôle des mécanismes d'incitation financière appliqués aux producteurs. Il poursuit alors par une approche sur données panelisées inspirée des travaux de Gerdtham (1992, 1995), en se concentrant sur le rôle possible des incitations financières, sommairement modélisé par une tendance différencié selon le type de système (contractuel, intégré ou de remboursement). Il estime une élasticité-revenu proche de la valeur de 0,7 retenue par Gerdtham lorsqu'il prend en compte les spécificités institutionnelles. En outre, il trouve que les systèmes de remboursement (dont la France est un exemple) connaîtraient, toutes choses égales par ailleurs, une croissance annuelle moyenne des dépenses de santé supérieure d'environ 0,6 point à celle des systèmes de santé de type contractuel (cas de l'Allemagne) ou intégré (cas du Royaume-Uni) (adapté du résumé d'auteur)

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

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

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

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

CREDOC sur les conditions de vie et les aspirations des Français, ce rapport analyse l'opinion des Français sur ces dossiers d'actualité

Ankri J., Henrard J.C. (1994). La consommation médicale des personnes âgées. In : Données sociales et économiques sur la vieillesse. *Gérontologie et Société*, (71) : 241-250.
Abstract: La consommation médicale est considérée par certains comme un indicateur indirect de l'état de santé de la population. Dans le débat public sur la progression des dépenses de santé, le vieillissement de la population est considéré comme un des facteurs responsables, à côté de la diffusion des innovations technologiques, de par la part importante des personnes âgées dans la consommation médicale. Qu'en est-il exactement et quelle évolution peut-on remarquer au cours des dernières décennies ? Les auteurs considèrent successivement la consommation de soins ambulatoires et de soins hospitaliers. Les données dont nous disposons proviennent, essentiellement, des enquêtes décennales sur la santé et les soins médicaux des Français conduites par l'INSEE. (introduction des auteurs)

3-En Europe, à l'étranger

Anderson G. (2011). The challenge of financing care for individuals with multimorbidity : rocket science or child rearing ?, OECD 50th Anniversary. Conference on Health Reform: Meeting the challenge of ageing and multiple morbidities Paris, 2-6-2011. Paris : OCDE
Abstract: The purpose of this paper is to describe how governments can think about policies for financing health and social care for populations with multimorbidity. Financing and financing systems are tools for delivering care that will produce desired outcomes. The paper first provides a broad overview of what we know and do not know about the demographic and epidemiological forces that drive this challenge. From there the paper goes on to suggest a way that we can look at this challenge and to point out that the way we view the nature of the problem in many ways dictates what we see as the solution
<http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA%282011%2915&docLanguage=En>

Majo M.C., Van Soest A.H.O. (2011). Income and Health Care Utilization Among the 50 in Europe and the US. Tilburg : Network for Studies on Pensions, Aging and Retirement.
Abstract : This study addresses the question how income affects health care utilization by the population aged 50 and over in the United States and a number of European countries with varying health care systems. The probabilities that individuals receive several medical services (visits to general practitioner, specialist, dentist, inpatient, or outpatient services) are analyzed separately using probit models. In addition to controls for income and demographic characteristics, controls for health status (both subjective and objective measures of health) are used. We analyze how the relationship between income and health care utilization varies across countries and relate these cross country differences to characteristics of the health care system, i.e., per capita total and public expenditure on health care, gate-keeping for specialist care, and co-payments.

(2010). Population ageing. A threat to the welfare state? The case of Sweden. Demographic Research Monographs. Heidelberg : Springer
Abstract: This book takes a comprehensive view of the challenges that population ageing present in the near future taking Sweden as the case. Can the increasing number of retirees per worker be stopped by immigration or increasing fertility or will we need to increase pension age instead? Cost for the social-care system is readily increasing; even more is the costs for health care. Can the galloping costs be funded by an increase in taxes or do we need to make reforms, similar to the ones already made in the pension system, which has been used as a model for many other countries. The fact that it is difficult to make health care dependent on personal contributions, as is the case of the pension system, funding of health care is a true test of solidarity across generations. The book ends with a discussion on whether the demographic challenge to the

welfare system is also a threat to the welfare state as such (résumé de l'éditeur)
<http://www.demogr.mpg.de/books/drm/008/index.htm>

Corrieri S., Heider D., Matschinger H., Ehnert T. (2010). Income-, education- and gender-related inequalities in out-of-pocket health-care payments for 65+ patients - a systematic review. *International Journal for Equity in Health*, 9 (20) : 11.

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

<http://www.equityhealthj.com/content/9/1/20>

Fanti L., Gori L. (2010). Public health spending, old-age productivity and economic growth: chaotic cycles under perfect foresight : Munich : MRPA

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

http://mprapa.ub.uni-muenchen.de/21335/1/MRPA_paper_21335.pdf

Marshall S., McGarry K., Skinner J.S. (2010). The Risk of Out-of-Pocket Health Care Expenditure at End of Life : Cambridge : NBER

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

<http://papers.nber.org/papers/w16170>

Beland F. (2009). Les dépenses gouvernementales de santé : une question de structure ou de conjoncture ? In : Bilan des réformes des systèmes de santé. *Sante Societe et Solidarite : Revue de L'Observatoire Franco-québécois*, (2/2008) : 137-148.

Abstract: L'observation des séries chronologiques, de 1975 à 2007, des dépenses gouvernementales de santé, du produit intérieur brut (PIB), du service de la dette publique et des transferts directs en argent du gouvernement fédéral du Canada à celui du Québec illustre parfaitement comment les difficultés de financement du régime public de santé au Québec sont associées à ces effets de conjoncture. Dans le contexte économique actuel où le PIB québécois

est en décroissance, les transferts fédéraux en diminution et le service de la dette publique en croissance, il sera possible, mais trompeur, dans un avenir rapproché, d'invoquer une nouvelle fois la rhétorique des facteurs structurels traditionnels pour expliquer une crise, tandis qu'il s'agira d'affronter des difficultés de financement qui seront, encore une fois, surtout conjoncturelles (résumé d'auteur)

Butrica B., Johnson R.W., Mermin G. (2009). Do Health Problems Reduce Consumption at Older Ages ? Washington : Urban Institute

Abstract: High out-of-pocket health care costs may have serious repercussions for older people and their families. If their incomes are not sufficient to cover these expenses, older adults with health problems may have to deplete their savings, turn to family and friends for financial help, or forgo necessary care. Or they may be forced to reduce their consumption of other goods and services to pay their medical bills. This paper uses data from the Health and Retirement Study (HRS) and the related Consumption and Activities Mail Survey (CAMS) to examine the impact of health problems at older ages on out-of-pocket health care spending and other types of expenditures. The analysis estimates fixed effects models of total out-of-pocket health care spending, out-of-pocket health care spending exclusive of premiums, total spending on all items except health care, and total spending on all items except health care and housing. The models are estimated separately for households ages 65 and older and those ages 51 to 64. The results show that medical conditions increase health spending, particularly for households ages 51 to 64, but that health conditions do not generally reduce non health spending. Medical conditions do, however, reduce non health spending for low-income households ages 51 to 64, suggesting that holes in the health safety net before the Medicare eligibility age force some low-income people to lower their living standards to cover medical expenses

http://www.urban.org/UploadedPDF/411858_reduce_consumption.pdf

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

Abstract: En 2006, le Conseil ECOFIN a donné pour mandat au Comité de politique économique (CPE) de mettre à jour son exercice en commun des projections de dépenses liées à l'âge sur la base d'une projection de population réalisée par Eurostat. Les projections de tous les postes de dépenses sont faites sur la base d'hypothèses macroéconomiques communes approuvées par l'EPC et d'une hypothèse de "politique inchangée", c'est à dire qui reflète seulement la législation déjà adoptée. Le rapport présente les projections des dépenses couvrant les pensions, les soins de santé, soins de longue durée, l'éducation et le chômage pour tous les États membres. Le rapport est structuré en deux parties. La première partie décrit les hypothèses sous-jacentes de la projection de la population, la projection de la force du travail et les autres hypothèses macro-économiques. La deuxième partie présente la projection des dépenses de pensions, des soins de santé, soins de longue durée, l'éducation et le chômage. Une annexe statistique donne un aperçu pays par pays des principales hypothèses et les résultats

http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication14992_en.pdf

http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication14994_en.pdf

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

Disparities in health expenditure across OECD countries: Why does the United States spend so much more than other countries? -16p.

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

<http://www.oecd.org/dataoecd/5/34/43800977.pdf>

Van E.R., Mot E., Franses P.H. (2009). Modelling health care expenditures. Overview of the literature and evidence from a panel time series model : La Hague : CPB
Abstract: Health care expenditures in industrial countries have been growing rapidly over the past forty years. This rapid growth jeopardizes the sustainability of public budgets and causes an increasing interest in the determinants of health care expenditures. The first purpose of this paper is to give an up to date overview of the literature on health care expenditures. Secondly, this paper tries to contribute to the existing literature by investigating the impact of several factors on health care expenditures in an empirical analysis using an error-correction model. Additional to the 'usual suspects' for rising health care expenditures, we pay attention to a somewhat neglected driving factor, which is the increase in the relative price of health care compared to other goods and services. We find that the increasing price of health care helps to explain the increase in real health care expenditures. However, the use of health care in volume terms is negatively affected by the increasing price. This effect seems to be stronger in periods of cost containment policy. Consistent with most recent findings in the literature, we find that income and ageing are important drivers of health care expenditures
<http://www.cpb.nl/eng/pub/cpbreeksen/discussie/121/disc121.pdf>

Fogel R.W. (2008). Forecasting the cost of U.S Health Care in 2040 : Cambridge : NBER
Abstract: One of the most important debates among health economists in rich nations is whether advances in biotechnology will spare their health care systems from a financial crisis. We must consider that prevalence rates of chronic diseases declined during the twentieth century and that this rate of decline has accelerated. However, health care costs may continue to increase even as the age of onset of chronic diseases is delayed, because the proportion of a cohort living to late ages will increase. The accelerating decline in the prevalence of chronic diseases during the course of the twentieth century supports the proposition that increases in life expectancy during the twenty-first century will be fairly large, but the effect on health care in the U.S. will be modest. The income elasticity for health services is calculated at 1.6, meaning that income expenditures on health care in the U.S. are likely to rise from a current level of about 15 percent to about 29 percent of GDP in 2040

Dormont B., Oliveira M.A., Pelgrin F., Suhrcke M. (2008). Health Expenditures, longevity and growth : Rochester : Social Science Electronic Publishing
Abstract: This paper offers an integrated view of the relationships between health spending, medical innovation, health status, growth and welfare. Health spending triggers technological progress, which is a potential source of better outcomes in terms of longevity and quality of life, a direct source of growth for the bio-tech industries and an indirect source of growth through improved human capital. The latter contributes to GDP per capita through two main channels: higher participation of the population in the labour force and higher labour productivity levels. In turn, income growth induces an increase in health expenditure, as richer countries tend to spend a higher share of their income on health. To analyse these interactions, the paper first focuses on demographic facts, disentangling the role of longevity and carrying out some 'thought experiments' on the indexation of active life on longevity. It then analyses the links between health care expenditures, technology and health status from a micro-level perspective. We investigate empirically the relation between GDP growth and health expenditures and develop a projection method to assess the size of total aggregate expenditures that could be channeled to the health sector up to 2050 for the US, Europe and Japan. We finally assess the potential impact of these health expenditures and better health status on potential growth and productivity
http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1130315

Paccagnella O., Rebba V., Weber G. (2008). Voluntary Private Health Care Insurance Among the Over Fifties in Europe: A Comparative Analysis of SHARE Data. Marco Fanno Working paper series; 86. Padoue : Université de Padoue
Abstract: Using data from SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe), we analyze the effect of having a voluntary health insurance policy (VPHI) on out-of-pocket (OOP) health spending for individuals aged 50 or more in a host of European countries. We control for self selection into VPHI policy holding, and find that VPHI policy holders do not have lower OOP's

than the rest of the population. In Southern European countries and Austria they even spend more. We also find that the main determinants of VPHI are different in each country and this reflects the differences in the underlying health care systems

<http://www.decon.unipd.it/assets/pdf/wp/20080086.pdf> //

Suhrcke M., Sauto A.R., Mckee M., Rocco L. (2008). The economic costs of ill health in the European Region : Copenhagen : OMS Bureau régional de l'Europe.
Abstract: Evidence on the economic costs of ill health (or, reversely, the benefits of good health) is essential in assessing the economic return on health investment. But understanding what those costs/benefits mean and how they should be measured is equally essential. Public policy discourse on the economic consequences/costs of ill health has been handicapped by considerable confusion about what the term means. Noting that without an a priori definition of the cost concept at issue no meaningful discourse can ensue, we address three economic concepts
http://www.euro.who.int/document/hsm/1_hsc08_eBD1.pdf

Costa-Font J., Wittenberg R., Patxot C., Comas-Herrera A., Di M.A., Pickard L., Pozzi A., Rothgang H. (2007). How does demography affect long-term care expenditures projections ? Evidence of four european Union member states : Madrid : FEDEA.
Abstract: This study examines the sensitivity of future long-term-care demand and expenditure estimates to official demographic projections in four selected European countries: Germany, Spain, Italy and the United Kingdom. It uses standardised methodology in the form of a macro-simulation exercise and finds evidence for significant differences in assumptions about demographic change and its effect on the demand for long-term care, and on relative and absolute long-term care expenditure. It concludes that mortality-rate assumptions can have a considerable influence on welfare policy planning. Relative dispersion between country-specific and Eurostat official estimates was found to be higher for the United Kingdom and Germany than for Italy and Spain, suggesting that demographic projections had a greater influence in those countries
<http://www.fedea.es/pub/eee231.pdf>

Gupta A. / éd., Harding A. / éd (2007). Modelling our future : population ageing health and aged care : Amsterdam : Elsevier
Abstract: This volume serves to present to interested readers recent developments in microsimulation and public policy. It strings together: (1) selected papers presented at the International Microsimulation Conference on Population Ageing and Health: Modelling Our Future ? held in Canberra, Australia in December 2003 ; and (2) recent thinking in the field of microsimulation as reflected in special contributions by some of the leading experts in the field ; (3) description of 20 key models relating to fiscal and health human resource issues concerning sustainability of health systems around the globe. The focus of the conference was on practical uses of microsimulation in government policy although theoretical underpinnings also received considerable attention. The volume covers a diversity of subjects : health status ; pharmacare and health expenditure issues ; financing, caring and health delivery ; health human resources; and data challenges. To provide an insight into actual models used around the world, the book also has a section devoted to the challenges associated with building of microsimulation models and their current use in the formulation of public policy. The book presents some innovative analysis on public policy issues contained in some of the conference papers along with the methodological advancements made in the microsimulation field

Hakkinen U., Martikainen P., Noro A., Nihtila E., Peltola M. (2007). Aging, Health Expenditure, Proximity of Death and Income in Finland : Helsinki : STAKES
Abstract: The study revisited the debate on the "red herring" i.e. the claim that population aging will not have a significant impact on health care expenditure (HCE), using a Finnish data set. We decompose HCE into several components and include both survivors and deceased individuals into the analyses. We also compare the predictions of health expenditure based on a model that

takes into account the proximity of death with the predictions of a naive model, which includes only age and gender and their interactions. We extend our analysis to include income as an explanatory variable. According to our results, total expenditure on health care and care of elderly people increases with age but the relationship is not as clear as is usually assumed when a naive model is used in health expenditure projections. Among individuals not in long-term care we found a clear positive relationship between expenditure and age only for health centre and psychiatric inpatient care. In somatic care and prescribed drugs, the expenditure clearly decreased with age among deceased individuals. Our results emphasise that even in the future, health care expenditure might be driven more by changes in the propensity to move into long-term care and medical technology than age and gender alone as often claimed in public discussion. Thus the future expenditure is more likely to be determined by health policy actions than inevitable trends in the demographic composition of the population
<http://www.stakes.fi/verkkokaisut/papers/DP1-2007-VERKKO.pdf>

Ogawa N., Mason A., MALIKI, Matsukura R., Nemoto K. (2007). Population aging and health care spending in Japan : public- and private-sector responses. In .Clarck R. (Ed.), *Population aging, intergenerational transfers and the macroeconomy* (pp. 192-223). Cheltenham : Edward Elgar Publishing

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

http://www.e-elgar.co.uk/Bookentry_Main.Iasso?id=12608

(2006). Myth : the cost of dying is an increasing strain on the healthcare system. *Eurohealth*, 12 (1) : 34-35.

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

http://www.euro.who.int/Document/Obs/Eurohealth12_1.pdf

Cremer H., Lozachmeur J.M., Pestieau P. (2006). Retirement age and health expenditures. In : Health, insurance, equity. *Annales D'Economie et de Statistique*, (83-84) : 167-186.

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

European Union. (2006). The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU-25 Member States on pensions, healthcare, long-term care, education and unemployment transfers (2004-50) : Luxembourg : Office des Publications officielles des Communautés européennes.

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

http://bookshop.europa.eu/eubookshop/FileCache/PUBPDF/KCAF06001ENC/KCAF0600-1ENC_001.pdf

http://bookshop.europa.eu/eubookshop/FileCache/PUBPDF/KCAF06-001ENC/KCAF06001ENC_002.pdf

O.C.D.E. (2006). Projecting OECD health and long-term care expenditures : what are the main drivers ? Paris : OCDE

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

<http://www.oecd.org/dataoecd/57/7/36085940.pdf>

Oliveira Martins A. De La Maisonneuve.S. (2006). The drivers of public expenditure on health and long-term care : an integrated approach : Paris : OCDE

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

<http://www.oecd.org/dataoecd/62/19/40507566.pdf>

Schulz E. (2006). The influence of supply and demand factors on aggregate health care expenditure with specific focus on age composition. ENEPRI Research Report; 16. Bruxelles : ENEPRI.

Abstract: Expenditure on medical treatment has tended to increase as a proportion of national income throughout the European Union. Overall there has been a rising trend in the mean as low spending countries such as the UK have faced political pressure to spend at least the average EU proportion of their national income on the provision of health services, medical treatment and long-term care. A particular concern is that with an ageing population and therefore the prospect of more old people around, the pressures on health care expenditure will increase further. The aim of this 4th work package (WP4) of the AHEAD project is to explain how demand and supply factors influence aggregate health care expenditure with a specific focus on age composition. Several studies in the past have shown that health care expenditure is not only influenced by demand factors, but also by those on the supply side, particularly technological progress, political decisions and economic framework conditions. In contrast with other studies (and aside from the focus on age), WP4 emphasises variables describing health care and financing systems. The idea is that the inclusion of these variables affords a better explanation of health care expenditure. This report collects data on demand, supply and utilisation of health care from official statistics and creates additional variables describing the health care and financing systems based on a literature review. In total, 63 variables are included in a basic data set for 28 countries, mostly covering the period 1980- 2003. A brief statistical overview shows the development of some of the variables in the countries covered. The expected strong connection between health care expenditure and GDP can be seen in a cross-section analysis for 2003. The relation between health care expenditure and the share of the elderly in the population was also positive, but not as strong as in the case of GDP

<http://www.enepri.org/Publications/RR16.pdf>

(2005). Myth : the ageing population will overwhelm the healthcare system. *Eurohealth*, 11 (2) : 27-28.

Abstract: Dans cet article, l'équipe du Canadien Health Services Research Foundation démonte le mythe qui affirme que le vieillissement démographique submergera le système de santé. En effet, si on tend intuitivement vers cette hypothèse, les choses ne fonctionnent pas si simplement. Les dépenses de santé n'augmentent pas démesurément juste parce qu'il y a plus de personnes âgées. Le problème repose surtout sur l'évolution dans le nombre et la nature des services médicaux pour les patients âgés

<http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealthAndSocialCare/pdf/eurohealth/vol1-1No2.pdf>

Layte R., Nolan A. (2005). Health and morbidity by age and socio-economic characteristics. ENEPRI Research Report; 15. Bruxelles : ENEPRI.

Abstract: Expenditure on medical treatment has tended to rise as a proportion of national income throughout the European Union. A particular concern is that, with an ageing population, the pressures on health expenditure will increase further. The aim of this particular work package is to describe and model health and morbidity, and the associated use of health services, by age and socio-economic characteristics across the EU. Although many studies find that time to mortality, rather than age, is more important in determining health care costs, owing to the nature of our data we concentrate on the effect of age on both health status and health services utilisation. Using longitudinal micro-data from the European Community Household Panel (ECHP), we estimate multivariate models of health status and health services utilisation for each of the EU-15 member states. This research highlights that while there is a similar pattern of worsening health status and increasing health services utilisation as age increases, much of this variation is removed when we account for differences in socio-economic characteristics (and health status where applicable). This finding concurs with previous research that argues that it is time to mortality rather than ageing per se that plays a large part in determining health care expenditures. A further lesson from this research is that the age-health and age-utilisation relationships may also be affected by the particular cultural and institutional factors of the country concerned, including the gate-keeping role of GPs, the extent of eligibility for free care, etc

<http://www.enepri.org/Publications/RR15.pdf>

Raitano M. (2006). The impact of death health-related costs on health-care expenditure : a survey. ENEPRI Research Report; 17. Bruxelles : ENEPRI.

Abstract: In the economic policy debate it is often stated that population ageing will lead to huge increases in the age-related components of public expenditure - primarily pensions and health care. This paper analyses a factor that may, at least partly, alleviate the fear that increased life expectancy will accelerate the rise in health-care spending: namely the fact that independent of decedent age, the bulk of per capita health-care costs are concentrated in the last years of life (the so-called 'death-related' costs). It surveys the empirical literature on health economics, presenting the main results obtained by studies on the interaction among age, proximity to death and health-care expenditure. Based on this analysis, it concludes with certainty that age alone is not a good predictor of rises in health-care spending, and that proximity to death must also be used as a predictor of health-care expenditure

<http://www.enepri.org/files/Publications/RR17.pdf>

(2005). The 2005 projection of age-related expenditure (2004-50) for the EU-25 member states : underlying assumptions and projection methodologies. Special report; 4. Luxembourg : Office des publications officielles des Communautés européennes.

Abstract: In 2003, the ECOFIN Council gave the Economic Policy Committee (EPC) a mandate to produce a new set of long-run budgetary projections for all twenty-five Member States covering pensions, health care, long-term care, education, unemployment transfers and, if possible, contributions to pensions/social security systems. This follows the projection exercises of 2001 and 2003. The age-related expenditure projections feed into a variety of policy debates at EU level. In particular, they are used in the annual assessment of the sustainability of public finances carried out as part of the Stability and Growth Pact; in the context of the Open-Method of Co-

ordination on pensions; and the analysis on the impact of ageing populations on the labour market and potential growth which will be relevant for the Lisbon strategy and Broad Economic Policy Guidelines. This report provides a description of underlying assumptions, projection methodologies and background analysis of the age-related expenditure projections. Final results will be calculated on the basis the described methodology and will be presented to the Ecofin Council in February 2006

http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2005/eesp-405en.pdf

Grignon M. (2005). Ageing, health and aggregate medical care spending in France : Hamilton : McMaster University

Abstract: Even though institutions rather than ageing influence medical expenditure at the aggregate level, measuring the expected impact of changes in need (age and health status) on expenditure in a given national health care system allows one to assess how institutions allocate resources across ages. I attempt such a decomposition of the variation of medical expenditure between need, socioeconomic circumstances and technology in the case of France, using a unique data set at the individual level. I use morbidity as an indicator of health and test for endogeneity of health to expenditure, as well as for temporal stability of the relationship between health and medical care

<http://socserv.mcmaster.ca/econ/rsrch/papers/archive/2005-05.pdf>

Iglehart J.K., Goldman D.P., Shang B. (2005). Health and costs of the future elderly. *Health Affairs : Web Exclusive*, 24 (Supplément 2) : W5R1-W5R104.

Huber M., Hennessy P., Izumi J., Kim W., Lundsgaard J. (2005). Long-term care for older people : Paris : OCDE

Abstract: Long-term care is a cross-cutting policy issue that brings together a range of services for persons who are dependent on help with basic activities of daily living. When the cohorts of the baby-boom generation will reach the oldest age groups over the next three decades, demand for long-term care will rise steeply. How do governments in OECD countries respond to this growing demand ? What has been done to improve access to long-term care, improve quality of services and make care affordable? Are there examples of successful strategies to improve the mix of services and policies to enable a larger number of older persons to stay in their homes ? And has this helped contain the costs of caring for the elderly ? This study reports on the latest trends in long-term care policies in nineteen OECD countries: Australia, Austria, Canada, Germany, Hungary, Ireland, Japan, Korea, Luxembourg, the Netherlands, New Zealand, Norway, Mexico, Poland, Spain, Sweden, Switzerland, the United Kingdom, and the United States. It studies lessons learned from countries that undertook major reforms over the past decade. Trends in expenditure, financing and the number of care recipients are analysed based on new data on cross-country differences. Special attention is given to experience with programmes that provide consumers of services with a choice of care options, including cash to family caregivers. Concise country profiles of long-term care systems and an overview on demography and living situations of older persons make this complex policy field more accessible

Lafortune G. (2005). Impact of population ageing on health and long-term care expenditure: assessing the effect of morbidity, disability and other cost drivers, Bruxelles : Commission européenne

http://ec.europa.eu/economy_finance/events/2005/workshop0205/1en.pdf

Steinmann L., Telser H., Zweifel P. (2005). The impact of aging on future healthcare expenditure : Zurich : Socioeconomic Institute

Abstract: The impact of aging on healthcare expenditure (HCE) has been at the center of a prolonged debate. This paper purports to shed light on several issues. First, it presents new evidence on the relative importance of the two components of HCE that have been distinguished by Zweifel, Felder and Meier (1999), viz. the cost of morbidity and the cost of mortality (their "red herring" hypothesis claims that neglecting the mortality component results in excessive estimates of future growth of HCE). Second, it takes account of recent evidence suggesting that HCE does

increase life expectancy, implying that time-to-death is an endogenous determinant of HCE. Third, it investigates the contribution of population aging to the future growth of HCE. For the case of Switzerland, it finds this contribution to be relatively small regardless of whether or not the cost of dying is accounted for, thus qualifying the "red herring" hypothesis (résumé d'auteur) <http://www.soi.unizh.ch/research/wp/wp0510.pdf>

Seshamani M. (2004). The impact of ageing on health care expenditures : impending crisis or misguided concern ? Londres : OHE.

Abstract: L'auteur s'attaque à la croyance selon laquelle l'accroissement du vieillissement moyen de la population fait augmenter les dépenses de santé dans les mêmes proportions. Elle reprend et étudie la validité de certaines hypothèses : hypothèse sur la constance dans le temps des dépenses liées aux différents groupes d'âge, hypothèse de la compression de la morbidité (espérance de vie et morbidité, dépenses associées à la période précédant la mort), effet de l'âge et de la proximité du décès sur les dépenses hospitalières. A partir des conclusions obtenues, elle tente de calculer des projections alternatives de dépenses hospitalières en Angleterre, puis propose d'autres axes de recherche

Comas-Herrera A., Costa-Font J., Gori C. et al. (2003). European Study of long-term care expenditures : investigating the sensitivity of projections of future long-term care expenditure in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom to changes in assumptions about demography, dependency, informal care, formal care and unit costs : Londres : LSE

Abstract: Long-term care services are crucial to the welfare of older people. As the numbers of older people rise throughout Europe, the importance of these services in terms of numbers of clients and expenditures can be expected to grow. The study of long term care services, including their financing, is an important means to promote better understanding of key issues and ultimately better outcomes. There has been recent debate in several countries about the funding of long term care. This is in the context of concerns about the future affordability of long-term care, as well as health care, pensions and other services, over the coming decades. These concerns arise from consideration of demographic trends, potentially declining family support for frail older people, and potentially rising expectations among older people. In this context, the European Union's Economic Policy Committee (EPC) conducted a study of the impact of ageing on future public expenditure on pensions, health and long-term care and how it would affect the fiscal sustainability of public finances (Economic Policy Committee, 2001). This new European Study of Long-Term Care Expenditure investigated the key factors that are likely to affect future expenditure on long-term care services in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom. The aim was to investigate how sensitive long-term care projections are to assumptions about future trends in different factors, using comparable projection models. The main factors investigated include demographic changes, trends in functional dependency, future availability of informal care, the structure of formal care services and patterns of provision, and the future unit costs of services. Part One of this report contains a description of the long-term care systems for each of Germany, Spain, Italy and the UK. Part Two describes the projection models and presents the base projections for each country. Part Three investigates the sensitivity of the projections to different assumptions

http://europa.eu.int/comm/employment_social/social_protection/docs/ltc_stud-

Seshamani M., Gray A. (2003). Health care expenditures and ageing : an international comparison. *Applied Health Economics and Health Policy*, 2 (1) : 9-16.

Abstract: Cet article analyse l'impact du vieillissement démographique sur l'évolution des dépenses de santé par tête dans 5 pays : Japon, Canada, Australie, Angleterre et Pays de Galles

Bac C., Cornilleau G. (2002). Comparaison internationale des dépenses de santé. Une analyse des évolutions dans sept pays depuis 1970. *Etudes et Résultats*, (175) : -12p.

Abstract: Cette étude analyse les tendances de l'évolution des dépenses de santé dans sept pays : Allemagne, Espagne, Etats-Unis, France, Italie, Pays-Bas et Royaume-Uni de 1970 à

1999

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er175.pdf>

Brockmann H. (2002). Why is less money spent on health care for the elderly than the rest of the population ? : Health care rationing in German hospitals. *Social Science & Medicine*, 55 (4) : 593-608.

Abstract: The consequences of population ageing for the public health care system and health care costs may be less severe than is commonly assumed. Hospital discharge data from Germany's largest health insurer (AOK) show that the cost of caring for patients during their last year of life makes up a large part of total health expenditures. And this last year of life is less costly if patients die at an advanced age. As a multivariate analysis reveals, oldest old patients as a rule receive less costly treatment than younger patients for the same illness. Moreover, this pattern is more pronounced for elderly women than for elderly men. These findings suggest that health care is informally rationed according to the age and sex of the patient. The data also indicate that there may be more age-related rationing going on in Germany than in the United States. Future research should investigate the national, institutional, and individual factors behind health care rationing. In this paper, I discuss the physician's professional decision as one plausible determinant

Hogan S. (2002). How will the ageing of the population affect Health Care needs and costs in the foreseeable future ? Discussion Paper ; 25.

Abstract: Cette étude analyse l'impact du vieillissement démographique sur les besoins et les dépenses de santé au Canada. Les projections portent jusqu'en 2060

http://www.healthcarecommission.ca/Suite247/Common/GetMedia_WO.asp?MediaID=-1035&Filename=25_Hogan_E.pdf

Casey B., Oxley H., Whitehouse E., Antolin P., Leibfritz W. (2002). Policies for an ageing society : recent measures and areas for further : Paris : OCDE

Abstract: Ce document présente une synthèse des évolutions et des politiques liées au vieillissement pour un ensemble de pays de l'OCDE, basée sur des travaux récents de l'OCDE. Il décrit l'impact prévu du vieillissement sur les dépenses et les pressions budgétaires en tenant compte de la configuration actuelle des politiques liées au vieillissement. Dans la mesure où le recul de l'âge de la retraite est un moyen essentiel pour alléger le poids du vieillissement, ce papier examine certains indicateurs d'incitation à la retraite anticipée par le biais de systèmes de retraite et d'autres programmes de transferts sociaux permettant aux individus approchant de la retraite de quitter plus tôt le marché du travail. Ce rapport étudie les différents types de réformes liées au vieillissement mises en place jusqu'à présent, ainsi que les domaines dans lesquels des réformes supplémentaires seraient nécessaires (Résumé d'auteur)

[http://www.oecd.org/olis/2003doc.nsf/43bb6130e5e86e5fc12569fa005d004c/-89537a32cf5f8b82c1256de40053c7bc/\\$FILE/JT00154271.PDF](http://www.oecd.org/olis/2003doc.nsf/43bb6130e5e86e5fc12569fa005d004c/-89537a32cf5f8b82c1256de40053c7bc/$FILE/JT00154271.PDF)

Rochon M. (2002). Vieillesse démographique et dépenses de santé et de prise en charge de la dépendance au Québec : 1981-2051. In : Vieillesse et santé. *Sante Societe et Solidarite : Revue de L'Observatoire Franco-Quebecois*, (2) : 155-171.

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

demeurent et autant l'offre que la demande de services sont susceptibles de se transformer dans les prochaines décennies. L'ampleur de la croissance économique et le rythme d'augmentation des dépenses per capita (à âge égal) seront, autant que le vieillissement démographique, des facteurs clés dans la capacité future des États de financer le système de santé et de dépendance

Antolin P., Suyker W. (2001). How should Norway respond to ageing ? Paris : OCDE
Abstract: En Norvège, comme dans la plupart des pays de l'OCDE, le vieillissement de la population posera un problème sérieux, mais il sera moins préoccupant qu'ailleurs. De plus, ce pays bénéficie d'une position de départ enviable : les taux d'emploi des personnes âgées sont parmi les plus élevés de la zone de l'OCDE, les dépenses au titre des pensions sont pour l'instant relativement faibles, et d'importants actifs financiers ont été accumulés au Fonds pétrolier de l'État. Néanmoins, du fait de la montée en régime du système de pensions, les dépenses à ce titre rapportées au PIB connaîtront, en raison du vieillissement de la population, l'une des augmentations les plus importantes de la zone de l'OCDE au cours des 50 prochaines années si rien n'est fait pour y remédier. C'est la raison pour laquelle, après avoir tenté de déterminer l'ampleur de l'évolution démographique, le présent document examine les institutions pertinentes et leur incidence sur la décision du départ en retraite. Compte tenu de l'augmentation attendue du nombre de personnes âgées, différentes questions sont abordées concernant leur situation économique et les soins de santé dont elles auront besoin. La section suivante analyse l'incidence budgétaire du vieillissement de la population : le coût du système de pensions fera plus que doubler, tandis que les dépenses de santé des personnes âgées ont de fortes chances de s'élever sensiblement. La dernière section est consacrée aux possibilités d'action qui s'offrent aux pouvoirs publics face au vieillissement de la population, et examine le point de savoir s'il conviendrait d'utiliser la richesse pétrolière pour financer le système de pensions (Résumé d'auteur)

<http://www.oecd.org/dataoecd/32/6/1892017.pdf>

Antolin P., Oxley H., Suyker W. (2001). How will ageing affect Finland ? Paris : OCDE
Abstract: En Finlande, comme dans la plupart des pays de l'OCDE, le vieillissement démographique est l'un des principaux défis que devront relever les pouvoirs publics à long terme. La première section de ce document examine l'ampleur de l'évolution démographique, les institutions concernées et l'effet qu'elles exercent sur la décision de départ en retraite. Compte tenu de l'augmentation prévue du nombre des personnes âgées au cours de prochaines années, on passera en revue différents aspects de leur situation économique et des soins de santé qu'il faudra assurer. La section suivante traite de l'incidence que l'évolution démographique aura sur les finances publiques : le coût du système de pensions augmentera d'un tiers et il est probable que les dépenses de soins de santé et le coût de la prise en charge des personnes âgées dépendantes augmenteront aussi. La dernière section décrit les mesures qui pourraient être prises pour faire face au vieillissement de la population (Résumé d'auteur)

<http://www.oecd.org/dataoecd/33/35/1863374.pdf>

Busse R. (2001). Expenditure on health care in the EU : making projections for the future based on past. *Hepac : Health Economics in Prevention and Care*, 2 (4) : 158-161.

Abstract: Les dépenses de santé des pays de l'Union européenne ont considérablement augmenté depuis les années 1970. Les facteurs habituellement invoqués sont d'ordre : démographique (vieillesse de la population), économique (croissance), technologique (progrès médical et innovation technologique), organisationnel (systèmes de santé de type bismarkien versus Beveridge, principalement). Si le vieillissement de la population est souvent surestimé, le progrès médical va continuer d'exercer son impact sur les dépenses de santé. Cet article tente des projections sur les trente années à venir

Stoker T., Van Acht J.W., Van Barbevelde E.M. (2001). Costs in the last year of life in the Netherlands. *Inquiry*, 38 (1) : 73-80.

Abstract: Les coûts de santé de la dernière année de vie sont un sujet de débat et de mythe. Les soins terminaux sont considérés habituellement comme très coûteux. Cet article tente de prouver qu'ils ne le sont que rarement et dans certains cas très précis. L'étude se base sur une analyse

des coûts de santé relatifs à la dernière année de vie, par groupes d'âge et pour les Pays-Bas. Les coûts pris en compte sont à la fois les coûts des soins de long terme et ceux des soins intensifs

Thai Than D.A.N.G., Antolin P., Oxley H. (2001). Fiscal implications of ageing : projections of age-related spending : Paris : OCDE

Abstract: Cette étude contient de nouvelles projections sur l'impact budgétaire des dépenses liées à l'âge dans les pays de l'OCDE pour les cinquante prochaines années. Ces résultats reposent sur des modèles nationaux utilisant un cadre macroéconomique et démographique normalisé pour tous les pays. Les réformes récentes des régimes de retraite ont compensé en partie l'incidence du vieillissement de la population sur les dépenses et les situations budgétaires sous-jacentes se sont nettement améliorées dans les années 90. Toutefois, les dépenses liées à l'âge (c'est-à-dire aux pensions de vieillesse, à la santé et aux enfants) devraient augmenter en moyenne de 6 à 7 pour cent du PIB au cours de la période de projection. Il est donc nécessaire de maintenir les efforts de réforme et de les intensifier dans plusieurs pays si l'on veut préserver la viabilité budgétaire (Résumé d'auteur). Ce document est disponible sur le site de l'OCDE : <http://www.oecd.org/pdf/M00009000/M00009666.pdf>
<http://www.oecd.org/dataoecd/28/0/1890227.pdf>

Mayhew L. (2000). Health and Elderly care expenditure in an aging world : Laxenburg : IIASA. Abstract: La population mondiale vieillit, quoique à des stades différents selon les pays. L'IIASA (International Institute for applied Systems Analysis) a construit un modèle économique-démographique pour explorer les conséquences du vieillissement de la population sur l'économie globale. Il s'est jusqu'ici concentré sur les conséquences pour les systèmes de retraite publics et privés. Il cherche maintenant à étendre le modèle pour couvrir d'autres secteurs dans lesquels la fourniture des besoins est également très sensible à l'âge, ce qui inclut les services de santé et aux personnes âgées. Ce rapport analyse les conséquences du vieillissement de la population sur ces services vitaux et considère les mécanismes basiques qui alimentent cette croissance. Ces mécanismes tiennent essentiellement en deux catégories : le premier est lié aux processus biomédicaux du vieillissement, qui peuvent aboutir aux maladies chroniques et à l'incapacité aux âges avancés. Le second concerne les coûts des traitements et des soins en long séjour, qui sont fonction des technologies médicales et des facteurs institutionnels, de la façon dont les services sont délivrés et dont les coûts sont supportés. En utilisant des méthodologies de projection simples mais explicites, les auteurs réalisent une projection des dépenses sanitaires et des dépenses liées à l'incapacité dans deux régions du monde, les pays développés, les pays moins développés
<http://www.iiasa.ac.at/Publications/Documents/RR-00-021.pdf>

Spillman B.C., Lubitz J. (2000). The effect of longevity on spending for acute and long-term care. *The New England Journal of Medicine*, 342 (19) : 1409-1415.

Hodgson T.A., Cohen P.D., Cohen A.J. (1999). Medical care expenditures for selected circulatory diseases : opportunities for reducing National Health Expenditures. *Medical Care*, 37 (10) : 994-1012.

Abstract: L'objectif de cet article est d'évaluer le coût de certaines maladies de l'appareil circulatoire aux Etats-Unis, à partir des dépenses nationales de santé de 1995. Les résultats chiffrés sont présentés par personne, âge et sexe, selon la classification internationale des maladies (9ème révision), pour 18 grands groupes de pathologies

Latimer E.A., Verrilli D., Welch W.P. (1999). Utilization of physician services at the end of life : differences between the United States and Canada. *Inquiry*, 36 (1) : 90-100.

Abstract: Cette étude compare le programme « Medicare » des Etats-Unis pour les personnes âgées avec celui des provinces de Québec et de la Colombie britannique au Canada. Il s'agit de dénombrer les actes médicaux destinés aux personnes en fin de vie, c'est-à-dire n'ayant plus que six mois à vivre, comparés à ceux attribués aux personnes vivant plus longtemps

Zweifel P., Felder S., Meiers M. (1999). Ageing of population and health care expenditure : a red herring ? *Health Economics*, 8 (6) : 485-496.

Abstract: Cet article étudie la relation entre l'âge et les dépenses de santé à partir de données longitudinales et transversales obtenues pendant les deux dernières années de vie d'individus. Il démontre que si l'effet d'âge existe, cela n'est pas dû à l'âge lui-même (plus de 65 ans ou plus de 80 ans), mais au fait qu'il y a davantage d'individus susceptibles de mourir après 80 ans, qu'après 65 ans

Cutler D.M., Sheiner L. (1998). Demographics and medical care spending : standard and non-standard effects : Cambridge : NBER

Abstract: In this paper, we examine the effects of likely demographic changes on medical spending for the elderly. Standard forecasts highlight the potential for greater life expectancy to increase costs : medical costs generally increase with age, and greater life expectancy means that more of the elderly will be in the older age groups. Two factors work in the other direction, however. First, increases in life expectancy mean that a smaller share of the elderly will be in the last year of life, when medical costs generally are very high. Furthermore, more of the elderly will be dying at older ages, and end-of-life costs typically decline with age at death. Second, disability rates among the surviving population have been declining in recent years by 0.5 to 1.5 percent annually. Reductions in disability, if sustained, will also reduce medical spending. Thus, changes in disability and mortality should, on net, reduce average medical spending on the elderly. However, these effects are not large as the projected increase in medical spending stemming from increases in overall medical costs. Technological change in medicine at anywhere near its historic rate would still result in a substantial public sector burden for medical costs (Résumé d'auteur)

Fuchs V.R. (1998). Health care for the elderly : how much ? who will pay for it ? Cambridge : NBER

Abstract: The tendency of health care expenditures on the elderly to grow about 4 percent per annum more rapidly than the Gross Domestic Product could plunge the nation into a severe economic and social crisis within two decades. This paper describes recent growth in age-sex-specific health care utilization by the elderly and discusses the important role of technology in that growth. It also explores the potential for the elderly to pay for additional care through increases in work and savings. Efforts to Medicare embedded in broader policy initiatives that slow the rate of growth of health care expenditures and/or increase the income of the elderly (Résumé d'auteur)
<http://papers.nber.org/papers/w6755.pdf>

Pettinger N. (1998). NHS costs : age-old myths. *Health Services Journal (The)*, 108 (5619) : 24-25.

Felder S. (1997). Cost of dying : alternatives to rationing. *Health Policy*, 39 (2) : 167-176.

Abstract: 30% des dépenses de santé des retraités seraient attribuées durant leur dernière année de vie dans les pays industrialisés. Ainsi, certains philosophes médicaux plaident pour une limitation des soins selon l'âge. Cet article propose plutôt un système de coassurance qui tiendrait en partie compte de l'âge du patient

Quelques sites sur la problématique du vieillissement

L'espace « Personnes Agées » du ministère chargé de la Santé
http://www.travail-solidarite.gouv.fr/spip.php?page=rubrique&id_rubrique=776

Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)
<http://www.cnsa.fr/>

Conseil d'Orientation des Retraites (COR)
<http://www.cor-retraites.fr/>

Fondation Nationale de Gérontologie. (FNG)
<http://www.fng.fr>

National Institute on Aging (Etats-Unis)
<http://www.nia.nih.gov/>

Site de l' Enquête SHARE
<http://www.share-project.org/>

The Oxford Institute of Aging (Royaume-Uni)
<http://www.ageing.ox.ac.uk/>

Center for Policy On Aging (Royaume-Uni)
<http://www.cpa.org.uk/>

Programme de recherche SEDAP (Social and Economic Dimensions of an Aging Population)
(Canada)
<http://socserv.socsci.mcmaster.ca/sedap/>