

Rapport final

I. Renseignements administratifs

A. Identification du projet

Titre du projet	Prise en charge de la dépendance des personnes âgées : Une analyse des Déterminants de l'Institutionnalisation ou du MAintien à DOmicile
Coordonnateur du projet	Emmanuelle Cambois INED – Unité « mortalité, santé, épidémiologie » (UR05)

Autres équipes participantes ¹	
Référence convention/décision	« AAP 2015 – Handicap et perte d'autonomie, Session 6 » Prise en charge de la dépendance des personnes âgées : analyse des déterminants de l'institutionnalisation ou du maintien à domicile - Convention n° 2016-05
Période du projet	Octobre 2016 – Octobre 2020
Période faisant l'objet du rapport	Février 2018 – Octobre 2020
Rédactrices de ce rapport :	Amélie Carrère et Emmanuelle Cambois
Téléphone	01 56 06 22 55
Adresse électronique	cambois@ined.fr
Date de rédaction du rapport	30/08/2020

B. Le cas échéant, indiquer la liste des personnels recrutés (ou à recruter) par des établissements publics dans le cadre du projet

Nom	Prénom	Qualifications	Date de recrutement	Durée du contrat (en mois)	Type de contrat (CDD, vacation ...)
Carrère	Amélie	Doctorante	02/10/2016	36	Contrat doctoral

Indiquer leur devenir postérieur à leur participation au projet : intégration comme chercheur, enseignant-chercheur, ingénieur, emploi dans le privé, chômeur, etc....

C. Donner la liste des autres personnes impliquées dans le projet

Nom	Prénom	Qualifications	% de son temps consacré au projet pendant la période décrite par le rapport
Cambois	Emmanuelle	DR	30% (responsable du projet)
Carrère	Amélie	Doctorante	100%
Jusot	Florence	PU	5 %

D. Donner brièvement une justification des dépenses réalisées au cours de la période décrite par le rapport

L'essentiel du financement est utilisé pour le contrat doctoral d'Amélie Carrère recrutée depuis octobre 2016 à l'INED ; il a servi ensuite pour des déplacements en séminaires et conférences.

La thèse a été soutenue le 3 juin 2020.

¹ En cas de projet multi équipes

II. Renseignements scientifiques

CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE DE LA RECHERCHE

L'objectif du projet est d'identifier **les déterminants de l'institutionnalisation et du maintien à domicile des personnes en situation de perte d'autonomie en France en distinguant ceux sur lesquels il est possible d'agir** (offre de prise en charge de la perte d'autonomie et ressources des personnes âgées) *via* par exemple, des politiques publiques redistributives ou des politiques d'accompagnement adaptées, **de ceux pour lesquels la prise en charge doit s'adapter** (besoins d'assistance et préférences des personnes). Cet objectif s'inscrit dans un contexte de vieillissement de la population et de d'une politique de maintien au domicile.

Trois constats majeurs ont marqué ce travail de recherche :

- D'abord, **les modalités de prise en charge de la perte d'autonomie sont multiples et articulées** ; ne considérer qu'une opposition « domicile » / « établissements » constitue une vision réduite de la réalité, mais la **prise en compte de ces modalités multiples complexifie l'analyse des déterminants**. A domicile, les personnes âgées peuvent recourir à de l'aide professionnelle et/ou de l'entourage. Dans les faits, la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées à domicile repose en majeure partie sur leur entourage. Elle s'instaure naturellement et progressivement et elle est gratuite. Pourtant, elle est considérée à la fois comme naturelle et comme une charge pour les aidants et les aidés. Les facteurs déterminants dans la mobilisation de l'entourage demandent à être davantage étudiés : la manière dont elle s'articule avec l'offre formelle ou encore dont elle dépend des ressources individuelles et contextuelles.
- Ensuite, **les politiques publiques de prise en charge de la perte d'autonomie en France ont encouragé le maintien à domicile des personnes âgées**. En privilégiant une prise en charge à domicile plutôt qu'en établissements, les pouvoirs publics font le choix de faire reposer une grande partie de la prise en charge sur les aidants informels potentiels.
- Enfin, **ces politiques de prise en charge sont gérées au niveau départemental**. De par leurs tailles différentes, leurs ressources différentes, leurs objectifs en termes de politiques sociales hétérogènes, les conseils départementaux apportent des réponses disparates qui peuvent s'avérer inéquitables.

Face à ces trois éléments caractérisant le contexte français, la préoccupation initiale de ce travail de recherche a été **d'identifier les déterminants du recours à l'institution dans une approche holistique**, c'est à dire en considérant des **déterminants individuels et départementaux des diverses configurations d'aide existantes** : aide formelle et informelle ; à domicile et en établissement.

OBJECTIFS

L'objectif de ce projet a donc été de documenter **les modalités de prise en charge de la perte d'autonomie**, *i.e. le recours à l'institution*, et la manière dont elles sont **influencées (1) par la politique du maintien à domicile ; (2) par la décentralisation de la prise en charge ; (3) par la disponibilité des différentes modalités de prise en charge à domicile**. Le cas échéant, cela suggérerait que les politiques publiques actuelles contraignent les décisions de prise en charge des personnes âgées, voire modifient leurs préférences.

ANALYSES

Ce projet s'appuie sur un **modèle micro-économique de décision non-coopérative**. Dans le cadre de ce modèle théorique, on identifie **plusieurs dimensions déterminantes** dans la prise en charge :

- L'état de santé fonctionnel qui détermine le besoin des personnes ; il a notamment été démontré que les situations de dépendance liées à des troubles cognitifs relèvent davantage de l'institutionnalisation ;
- Les préférences : même si on retient souvent une préférence individuelle pour le maintien à domicile, certaines situations peuvent conduire les personnes en perte d'autonomie à opter pour l'institution (se mettre en sécurité, accéder à des services, se soulager de la gestion des affaires courantes) ;
- Les ressources des personnes qui conditionnent la gestion à domicile des incapacités et de la perte d'autonomie (adaptation du logement, aidants informels dans l'entourage, accessibilité du quartier de résidence) ;
- Les subventions qu'elles reçoivent qui leur permettent de financer leur perte d'autonomie à domicile ou en établissement ou les contraignent à solliciter d'avantage l'entourage à domicile ;
- L'offre informelle et formelle de soins et de services dédiés à l'accompagnement des situations de perte d'autonomie que ce soit à domicile ou en établissement (disponibilité de services, tarifs, proximité).

Ce projet analyse la situation française en utilisant une approche empirique. En l'absence de données longitudinales et représentatives de l'ensemble de la population, la démarche consiste à mobiliser des **méthodes économétriques variées et de nombreuses bases de données**. Les différentes approches se complètent et se répondent. On constate qu'elles apportent des résultats cohérents entre eux et viennent alimenter la littérature avec de nouveaux éléments. La thèse se compose de trois parties :

- La première partie utilise les variations temporelles des déterminants de la demande de prise en charge et de l'offre pour comprendre l'évolution du recours à l'institution au cours du temps, qui pourrait être liée aux politiques de maintien à domicile.
- La deuxième partie utilise les variations spatiales d'offre de prise en charge et de facteurs de la demande pour identifier un recours à l'institution différent entre départements, qui pourrait être lié à la décentralisation de la politique gérontologique.
- La troisième partie se concentre sur les facteurs individuels et l'articulation des modalités de prise en charge, pour identifier si la mise en concurrence de ces modalités modifie les déterminants du recours à l'institution.

Les parties de ce projet de recherche mobilisant des sources de données différentes, nous nous sommes attachées à utiliser des mesures proches d'une source à l'autre afin de pouvoir confronter les conclusions obtenues.

- Pour l'état de santé fonctionnel, nous mobilisons plusieurs types d'indicateurs : limitations fonctionnelles motrices, cognitives et sensorielles ainsi que les restrictions d'activité ADL.
- Les ressources des personnes sont estimées grâce à leur catégorie socio-professionnelle, leur diplôme et leur statut d'occupation du logement.
- Le statut matrimonial de la personne, le nombre d'enfants, de frères et sœurs sont considérés pour approcher l'aide informelle disponible.
- Concernant l'offre formelle, elle est estimée, d'une part, en reste-à- charge estimé à domicile et en institutions, pour tenir compte aussi des subventions. D'autre part, la quantité d'aide formelle à domicile et en établissements est prise en compte.
- Enfin, les préférences sont « approximées » par le contexte territorial, le sexe, l'âge et le pays de naissance de la personne.

SEPT ENSEIGNEMENTS ISSUS DES 3 PARTIES DE LA THÈSE

1. Le cumul d'incapacités et les limitations cognitives favorisent l'institution

Dans la littérature, l'état de santé fonctionnel est un déterminant majeur du recours à l'institution. Certaines études montrent que les limitations fonctionnelles, particulièrement cognitives, ou leur cumul avec des restrictions d'activité, ou leur arrivée soudaine, ou leur ordre d'arrivée augmentent la probabilité de vivre en établissement. Nos analyses suggèrent que, toutes choses égales par ailleurs, **à la fois les limitations cognitives seules et les situations complexes de cumul de limitations, mais aussi les restrictions d'activité sans difficulté fonctionnelle majeure augmentent le recours à l'institution.**

- Le recours à l'institution concerne davantage **les situations difficilement gérables à domicile**. L'analyse de la dernière partie de la thèse, qui tient compte des caractéristiques individuelles des personnes en perte d'autonomie, confirme ces résultats. Les **limitations fonctionnelles physiques cumulées aux restrictions d'activité augmentent la probabilité de rester à domicile, avec de l'aide professionnelle et de l'entourage** ; les **limitations cognitives réduisent la probabilité de résider à domicile avec un seul type d'aide (formelle ou informelle) et augmentent la probabilité de vivre en établissements** ;
- L'analyse temporelle montre aussi que les **restrictions d'activité ADL non cumulées avec des limitations fonctionnelles majeures augmentent le recours à l'institution**, contrairement à ce que l'on pourrait attendre, car possiblement gérable à domicile. Ce résultat peut provenir **d'une sélection faite par les établissements**. Ces derniers reçoivent des financements selon le degré d'incapacité de leurs résidents. A nombre de lits limité, ils peuvent choisir **des situations plus « rentables » pour eux : des résidents qui ne peuvent rester à domicile, mais sont encore assez autonomes pour nécessiter une assistance légère**.
- **L'analyse territoriale identifie aussi une sélection de profils autonomes**, en plus des profils de difficultés ingérables à domicile, comme facteur de prise en charge en institution.

2. Différences socio-économiques et déterminants de la prise en charge en institution

Le rôle des ressources des personnes sur les modalités de prise en charge de la perte d'autonomie n'est pas clairement identifié. Dans la littérature, **un revenu élevé donne à la fois la capacité d'autofinancer sa perte d'autonomie à domicile** (dont aide professionnelle et aménagement du logement) et en établissement (qui est plus coûteuse), mais il **diminue les subventions publiques reçues** (ticket modérateur en fonction du revenu). Les revenus des individus ne sont pas disponibles dans les données que nous avons mobilisées, elles sont « approchées » dans les analyses par des indicateurs de situation sociale : la catégorie socioprofessionnelle déclarée sur la base de l'ancien emploi principal, le diplôme et le statut de propriété d'un logement.

- **Les personnes les moins diplômées ont un plus faible risque de vivre en établissement** que celles ayant des diplômes élevés, toutes choses égales par ailleurs. Ces différences peuvent être liées soit à un effet revenu simple (les moins diplômés ayant des ressources plus faibles pour financer une prise en charge en établissements), soit, à des préférences différentes (accès à l'information différente, à des réseaux différents etc.). Le moindre recours à l'institution des moins diplômés **tend à diminuer au cours du temps**. Cela peut s'expliquer par l'allongement de l'espérance de vie des moins diplômés qui les expose à des risques plus élevés qu'avant de connaître des situations d'incapacité, voire des limitations cognitives. La dernière analyse montre que **les moins diplômés ont plus recours à une prise en charge à domicile mais avec de l'aide de l'entourage**, et non les autres configurations à domicile (*i.e.*

aide formelle). Cette différence de prise en charge aussi à domicile suggère un effet revenu, la prise en charge par l'entourage étant gratuite.

- **Nos résultats indiquent que ce sont les catégories socioprofessionnelles intermédiaires les plus enclines à une prise en charge en institution**, une fois contrôlé par l'état de santé fonctionnel et les caractéristiques sociodémographiques. **Nos résultats suggèrent donc un recours plus faible des catégories « cadres et professions intellectuelles » et des autres catégories, notamment des employés et ouvriers.** Il y aurait donc un effet en « U inversé » de la situation sociale. Toutes choses égales par ailleurs, les individus à faibles revenus iraient moins en établissements du fait de ressources insuffisantes pour ce mode de prise en charge, même en considérant les subventions dont ils peuvent bénéficier. Les personnes à hauts revenus ont moins de subventions, et sans ces incitations et pourraient privilégier des dépenses pour une prise en charge et des aménagements à domicile. Ces résultats questionnent l'accès à la prise en charge formelle à domicile ou en établissement. Les coûts élevés à domicile ou en institutions pour les catégories sociales « favorisées » (les modes de prise en charge payants) offrent finalement un choix plus larges au sein duquel ils choisissent le domicile. Les personnes de professions /revenus intermédiaires seraient davantage incitées à une prise en charge en institution. Pour les faibles revenus, les coûts élevés de l'aide formelle, y compris avec des subventions, seraient contraints à rester à domicile avec l'aide de l'entourage.

3. Le sexe, l'âge et l'origine migratoire modifieraient les préférences ?

L'abondante littérature sur la probabilité de vivre en établissements montre l'importance des caractéristiques individuelles : l'âge, le fait d'être une femme, l'origine migratoire.

- **L'âge augmente la probabilité de vivre en établissements, à taux croissant, même en contrôlant de l'état de santé fonctionnelle des personnes.** L'âge capte l'altération de certaines fonctions, l'apparition de certaines pathologies, mais aussi probablement des dimensions telles que l'isolement et le sentiment d'insécurité à domicile (des personnes ou de leur entourage). **L'avancée en âge capterait dans les modèles des situations de vulnérabilité ou fragilité qui ne peuvent pas directement être identifiées par les mesures de l'incapacité.** Nous pensons que les préférences peuvent évoluer avec l'âge et les situations associées. Elles modifient la **réelle capacité ou la perception des personnes ou celle de leur entourage** pour un maintien au domicile. On constate que cet effet spécifique de l'âge augmente au cours du temps. Par ailleurs, **l'avancée en âge augmente la combinaison d'aide formelle et informelle dans la prise en charge à domicile.**
- Nous identifions que **les femmes ont un plus faible risque de vivre en établissement que les hommes**, toutes choses égales par ailleurs. Elles seraient sans doute plus à même de **faire face à domicile**, même si elles n'ont plus de conjoint ou d'enfant pour les aider. L'avantage des femmes face au maintien au domicile tend à se réduire au cours du temps ; autrement dit **le désavantage des hommes s'effacerait avec le temps**. Dans la dernière analyse, nous identifions d'ailleurs que **les femmes peuvent mieux se maintenir à domicile, mais avec de l'aide formelle.** Le non-recours à l'aide dans la vie quotidienne n'est pas possible en cas de forte dépendance : sans un maillage d'offre professionnelle de prise en charge à domicile suffisant, les femmes ne peuvent pas rester à domicile. Nous trouvons que l'avantage des femmes disparaît au profit d'un avantage des hommes lorsqu'on tient compte des différences départementales. **Ce maintien à domicile plus facile des femmes serait lié à des marqueurs départementaux, et dépendant de l'offre à domicile.** Les femmes semblent avoir une préférence plus forte pour le domicile ou être plus aptes pour rester à domicile mais uniquement si on leur permet de le faire (grâce à une offre suffisante pour qu'elles y recourent). Le cas échéant, elles seraient contraintes d'aller en établissement, plus que les hommes. Les différences de recours liées au sexe pourraient s'expliquer par le fait que

les femmes et leur entourage envisageraient plus facilement le recours à l'institution en cas d'absence de solution formelle à domicile. Les motifs restent à explorer : appréciation de la charge sur les aidants, perception d'une plus forte vulnérabilité à domicile ?

- **Les personnes nées à l'étranger (Europe ou hors Europe) ont un risque plus faible de vivre en établissement.** Cette différence perdure dans le temps. Il n'est pas clair si ces différences sont liées à des préférences différentes ou à des contraintes plus fortes subies par les personnes nées à l'étranger. Cette question n'est pas traitée de façon suffisamment poussée dans ce projet de recherche pour tirer des conclusions quant aux raisons de ces différences selon l'origine migratoire.

4. Un effet complexe de l'offre formelle à domicile et en établissement

L'offre de prise en charge formelle à domicile et en établissements occupe une place importante dans l'explication du recours à une prise en charge de la perte d'autonomie en établissement. La littérature a mis en évidence en France un effet négatif sur le maintien à domicile du reste-à-charge qu'il génère ; mais, il n'existe pas de consensus concernant l'effet sur l'institutionnalisation du reste-à-charge associé.

- Nos analyses permettent d'identifier **qu'à la fois les prix et les quantités d'offre influencent le choix du mode de prise en charge**, offrant deux leviers d'action des départements : soit en contrôlant la tarification des structures (ou en aidant les structures à réduire leur coût) ; soit en accordant plus d'autorisations pour l'ouverture de services à domicile et d'établissement pour élargir les choix des individus.
- Nous mettons en évidence une **relation négative entre les coûts et la densité de l'aide formelle**. La forte densité de l'offre formelle irait de paire avec des prix réduits (soit par le biais de la concurrence entre établissements et services, soit par des économies d'échelle au sein des services et établissements). Il pourrait donc y avoir un effet multiplicateur de l'augmentation de l'offre de prise en charge : elle élargirait les choix offerts aux personnes et permettrait de réduire les coûts, sans peser lourdement sur la dépense publique.
- Dans l'analyse temporelle (qui ne tient pas compte du contexte départemental), nous trouvons que **la probabilité de vivre en établissement diminue lorsque le "reste-à-charge estimé" à domicile augmente** suggérant **différents éléments captés dans cette variable de reste-à-charge** : un effet de réponse à une demande en termes de nature de l'offre ou un effet territorial d'offre spécialisés. Par exemple, dans les départements méditerranéens, les soins infirmiers (libéraux ou en SSIAD) sont plus utilisés que les services d'aide à domicile (SAAD). Le coût infirmier est quasiment intégralement pris en charge par l'Assurance maladie. **Le reste-à-charge estimé ne reflète donc pas forcément la réalité du terrain**. Certaines régions où **le reste-à-charge est élevé sont aussi peut-être des régions où l'implication de l'entourage dans le maintien à domicile est plus élevée** : si le reste-à-charge à domicile est élevé, les personnes restent à domicile grâce à leur entourage.
- D'ailleurs, dans la partie qui analyse les variations départementales, qui tient compte du contexte territorial mais pas des caractéristiques socioéconomiques des personnes, nous identifions que l'effet du **reste-à-charge à domicile est dans le sens attendu, c'est-à-dire qu'il augmente la probabilité de vivre en institutions**. Il semblerait que la dimension financière soit très liée au contexte territorial et intervienne dans les choix de prise en charge.

5. Rôle de l'offre informelle

La littérature montre que la présence du ou de la conjoint-e et d'enfants augmente la probabilité de maintien au domicile, ainsi que la proximité géographique de cette aide informelle potentielle.

- Nous trouvons pourtant, que **l'effet protecteur du couple diminue au cours du temps**, bien que les analyses confirment que les personnes en couple sont plus fréquemment aidées à domicile.
- Il semble que **l'implication d'autres aidants de l'entourage, comme les frères et sœurs, est plus fréquente** alors qu'elle n'avait pas d'effet avant. Ainsi, la tendance au maintien au domicile pour prendre en charge la perte d'autonomie couplée à l'allongement de la durée de vie semble faire **émerger de nouvelles solidarités familiales**.

6. Évolution temporelle

Nous analysons l'évolution du recours à l'institution comme le résultat de plusieurs mécanismes : une modification des facteurs de la demande tels que la santé fonctionnelle, les ressources des personnes... (effet conjoncturel) ; une modification de l'offre (effet structurel) c'est à dire de sa nature (à domicile, en institution), de sa quantité et de son coût ; une modification des liens entre ces facteurs et le recours effectif (effets comportementaux). Les politiques de prise en charge peuvent jouer sur l'effet structurel et doivent composer avec l'effet conjoncturel.

- Nous identifions une **stabilité depuis 2006 du recours à l'institution, autour de 4 % des personnes âgées de 60 ans ou plus**.
- L'effet conjoncturel sur le recours à l'institution est positif mais faiblement significatif.
L'augmentation de la proportion de personnes très âgées qui a tendance à accroître le besoin d'institution, est contrebalancé par l'augmentation des facteurs individuels du maintien au domicile : la proportion de personnes âgées en couple, de diplômés, professions qualifiées.
- La structure de l'offre a contribué à faire diminuer le recours à l'institution. **La progression des coûts de la prise en charge a fortement contribué à la baisse du recours à l'institution** contrebalançant la création du nombre de places qui l'a favorisée.
- Les changements de **comportements ont contribué à faire augmenter le recours à l'institution** : les situations de santé fonctionnelle (ex. cumul de limitations ou limitations cognitives) **sont de plus en plus déterminantes du recours à l'institution**.

7. Différences territoriales

La proportion de personnes de 60 ans ou plus résidant en établissement varie de 1 % en Guyane à 7 % en Lozère. Elle est en règle générale plus élevée dans les régions Bretagne, Pays-de-la-Loire, Centre-Val-de-Loire et les anciennes régions Bourgogne et Auvergne. Par contre, elle est plus faible dans les départements et régions d'outre-mer, l'Île-de-France, la côte méditerranéenne, la Franche-Comté et la Savoie.

- Ces différences territoriales de recours à l'institution peuvent s'expliquer à la fois par les **facteurs de demande de prise en charge (besoins, préférences et contrainte budgétaire)** et par **l'offre de prise en charge**.
- Selon nos analyses, c'est principalement **l'offre en quantité qui explique ces différences, car elles s'atténuent à densité d'offre de prise en charge équivalente**.
- Par contre, **l'offre en prix augmente les différences de recours indiquant finalement que les territoires où l'offre est la plus chère sont aussi les territoires au sein desquels la population serait plus disposée à payer**.

Conclusion

Cette recherche a mis en évidence des éléments discriminants dans les décisions de prise en charge de la perte d'autonomie qu'ils relèvent de facteurs individuels ou contextuels. Elle suggère une articulation complexe entre les évolutions sociodémographiques, sanitaires et les réponses institutionnelles apportées. Certaines de ces interactions induisent des disparités sociales et territoriales significatives. **Il apparaît que la gestion de l'offre en quantité est essentielle en matière d'action publique.** Une offre plus dense élargit les possibilités données aux individus. Elle pourrait aussi **réduire la sélection des profils en établissement.** Par ailleurs, une plus grande offre semble aller de paire avec un coût plus faible *via* des économies d'échelle ou une mise en concurrence des services et établissements.

III. Valorisation

A. Livrables externes réalisés ou en cours

Thèse de doctorat : Carrère Amélie, « Prise en charge de la dépendance des personnes âgées : une analyse des déterminants de l'institutionnalisation ou du maintien à domicile. ». Soutenue le : 3 juin 2020. Soutien financier par la présente convention.

Articles avec comité de lecture

- Carrère A., et Jusot F., à paraître, « Modes de prise en charge de la perte d'autonomie : l'offre contraind-elle les choix des personnes âgées ? », Revue Economique.
- Carrère A., à paraître, « Vivre en établissement pour personnes âgées dépendantes ou rester à domicile : comment joue le contexte territorial ? », Population.
- Crouzet M., Carrère A., Cambois E. et Laborde C., accepté, « Différences d'espérance de vie sans incapacité dans les départements français : premiers résultats », Revue Quételet.
- Laborde C., Crouzet M., Carrère A. et Cambois E., 2020, « Contextual factors underpinning geographical inequalities in disability-free life expectancy in 100 French departments », European Journal of Ageing.
- Carrère A., Dubost C.L, 2018, "Éclairage – Etat de santé et dépendance des seniors", France Portrait Social, Insee Référence, édition 2018, p. 71-88.

Articles sans comité de lecture

- Carrère A., en cours, « Les déterminants de la perte d'autonomie à domicile », Études et Résultats, Drees.
- Carrère A., Couvert N., Missègue N., en cours, « Mesurer l'accessibilité potentielle localisée (APL) aux établissements d'hébergement pour personnes âgées et aux services d'aide à domicile », Les Dossiers de la Drees.
- Carrère A., 2020, « Vivre à domicile ou en institution : Quels sont les déterminants de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées ? », Regards, n°57, En3s.
- Abdouni S., Amrous N., Antunez K., Bazin M., Boneschi S., Calvo M., Carrère A., Dauphin L., Diallo C.-T., Kuhn L., Leroux I., Roy D., Yankan L., Zemirli Y., 2019, « L'aide et l'action sociales en France - Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion - Édition 2019 », DREES.
- Carrère A., Haag O. et Soullier N., 2019, « Échantillonnage des enquêtes VQS 2014 et CARE-ménages-2015. », Les Dossiers de la DREES, n°43, Drees.
- Brunel M. et Carrère A., 2019, "La perte d'autonomie des personnes âgées à domicile : Quelles disparités entre départements ?", Les Dossiers de la Drees, n°34, Drees, avril.
- Brunel M. et Carrère A., 2018, « Limitations fonctionnelles et restrictions d'activité des personnes âgées vivant à domicile : une approche par le processus de dépendance – Résultats de l'enquête Capacités, Aides et REssources des seniors (CARE) « ménages » », Les Dossiers de la Drees, Drees, n°26, juin.
- Brunel M. et Carrère A., 2017, « Les personnes âgées dépendantes vivant à domicile en 2015. Premiers résultats de l'enquête CARE « ménages » », Études et Résultats, n°1029, Drees, septembre. p. 1-6.
- Brunel M. et Carrère A., 2017, « La prévalence nationale des incapacités et de la dépendance en France en 2014 », Les Dossiers de la Drees, n°13, mars 2017, p. 5-23.
- Carrère A., 2017, « L'évolution des incapacités et de la dépendance depuis 2007 », Les Dossiers de la Drees, n°13, mars 2017, p. 24-44.

Articles en cours de rédaction ou en projet:

- Carrère A., Cambois E. and Fontaine R., en cours, "Evolution des situations d'incapacité et de perte d'autonomie en institution et à domicile en France (2004-2015)".
- Carrère A., Cambois E. and Fontaine R., en cours, "Des différences dans l'évolution des situations de dépendance selon le sexe, l'âge et le niveau d'instruction".
- Carrère A. projet. « Les différences sociales de prise en charge des limitations cognitives au domicile »
- Carrère A. projet, « Variations départementales de la prise en charge des troubles cognitifs et de la dépendance (exploitation des enquêtes CARE Ménages et CARE Institutions). ».
- Carrère A. and Jusot F., projet, « L'institutionnalisation affecte-t-elle le niveau de bien-être ».
- Carrère A. and Fors S., projet, « Institutionalization of elderly people in Sweden ».

B. Liste des séminaires ou colloques en rapport avec le projet financé

<i>Date</i>	<i>Lieu</i>	<i>Objet</i>
3-4/12/2020	Bruxelles, Belgique Distanciel	42èmes Journées des Economistes de la Santé Français (JESF) Présentation orale
3/06/2020	Paris France	Soutenance publique de thèse de doctorat Présentation orale
5-6/12/2019	Poitiers France	41èmes Journées des Economistes de la Santé Français (JESF) Présentation orale
6-7/06/2019	Casablanca Maroc	36èmes Journées de Microéconomie Appliquée (JMA) Présentation orale
22/03/2019	Paris France	Journée doctorale du LIRAES Présentation orale
22/01/2019	Paris France	Journée doctorale de l'université de Dauphine Présentation orale
6-7/12/2018	Paris France	Journée des économistes de la santé français Présentation orale
14-18/11/2018	Boston Etats-Unis	Annual Scientific Meeting, GSA Présentation orale
5-7/09/2018	Catane Italie	5th EuHEA PhD Student-Supervisor and Early Career Researcher Conference. Participation
28-3/08/2018	Louvain-la-Neuve, Belgique	XXe colloque international de l'AIDELF Présentation orale
11-14/07/2018	Maastricht, Pays Bas	2018 EuHEA (European Health Economics Association) conference Présentation orale
6-9/06/2018	Brussels Belgique	European Population Conference 2018 (EAPS) Poster : Prix du meilleur poster obtenu
24/05/2018	Paris France	Journée doctorale de l'INED Présentation orale
18/05/2018	Paris France	Journée de l'unité démo-éco INED Présentation orale
13/02/2018	Paris France	Séminaire Pôle Vieillesse et Vieillessement Présentation orale
31/01/2018	Tokyo Japan	Workshop IPSS (National Institute of Population and Social Security Research) Présentation orale
18-20/12/2017	Aussois France	Rencontres d'Aussois (Labex OSE) Poster
7/12/2017	Paris France	Séminaire du LEGOS de l'université Paris-Dauphine Présentation orale
30/11-1/12/2017	Marseille France	Journée des économistes de la santé français Participation
29-04/11/2017	Cape Town, South Africa	XXVIIIth International Population Conference (IUSSP) Poster
2/10/2017	Paris France	Séminaire café de l'unité démo-éco INED Présentation orale
17-19/05/2017	Santiago de Chili, Chili	29th REVES Meeting Présentation orale
14/02/2017	Paris France	Séminaire Pôle Vieillesse et Vieillessement INED Présentation orale
22/01/2017	Paris France	Réunion de l'UR MSE de l'INED Présentation orale
12-14/01/2016	Aussois, France	Rencontres d'Aussois (Labex OSE) Poster

RAPPORT DE SOUTENANCE

Nom et prénom du doctorant : CARRERE Amélie

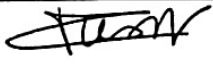
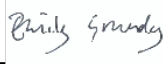
Date de la soutenance : 3 juin 2020

Titre de la thèse : « Prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées : une analyse des déterminants de l'institutionnalisation ou du maintien à domicile. »

Président du Jury : Jérôme Wittwer

Avis du jury pour la proposition au prix de la chancellerie : ☒ Oui ☐ Non

Les membres du jury :

Prénom et Nom	Signature	Prénom et Nom	Signature
Florence JUSOT		Agnès GRAMAIN	
Alain PARAPONARIS		Emily GRUNDY	
Nicolas SIRVEN		Jérôme WITWER	
Emmanuelle CAMBOIS	