

# Personnes âgées dépendantes : effet d'éviction de l'aide familiale par les solidarités publiques?

## Introduction

En France, les mécanismes de solidarité publique tels que l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) aident à la prise en charge des personnes âgées dépendantes, même en l'absence de soutien familial. Mais l'effet pervers de ces mécanismes n'est-il pas aussi d'encourager les aidants informels à moins s'impliquer ? L'existence et l'interprétation de cet effet d'éviction des proches sont encore sujets à débat.

## Population d'étude et méthode

Nous travaillons sur les 1526 individus de l'enquête HSM, dépendants et âgés de 60 ans et plus, vivant à domicile et sans conjoint. Nous estimons par maximum de vraisemblance un modèle Tobit bivarié particulier, où la variable à expliquer digne d'intérêt est la quantité hebdomadaire d'aide informelle reçue par la personne dépendante. On l'explique par celle d'aide formelle et par d'autres variables relatives à l'individu dépendant (âge, sexe, niveau de dépendance, revenu, diplômes, nombre d'enfants). Ce modèle traite la censure et l'endogénéité potentielle de la variable d'aide formelle dans l'équation d'aide informelle.

## Résultats / discussion

Après avoir contrôlé par les facteurs exogènes importants pouvant influencer les quantités d'aide reçues, on observe un effet négatif et significatif de la quantité d'aide professionnelle sur celle d'aide informelle. On constate donc un effet d'éviction de certains aidants informels quand la quantité d'aide professionnelle reçue augmente (tableau 1).

En calculant des effets marginaux, nous estimons qu'une heure additionnelle d'aide professionnelle reçue conduit à une diminution médiane de l'aide informelle de plus d'une heure vingt. L'éviction des proches est même encore plus forte si l'aide professionnelle additionnelle consiste en des soins personnels que la famille est peu encline à fournir (tableau 2).

Certains interprètent l'éviction des proches comme une forme de désengagement rendue possible par une utilisation injustifiée de la solidarité publique. D'autres, plus nuancés, trouvent aussi des conséquences positives à cette éviction. Si le fardeau de l'aidant informel diminue, son bien-être augmente et il devient plus disponible sur le marché du travail.

| X : Variables explicatives                                 | Y1 : Aide formelle      | Y2 : Aide informelle  |
|--|-------------------------|-----------------------|
| <b>Quantité d'aide formelle reçue</b>                      |                         | <b>-0.6*** (0.2)</b>  |
| <b>Score de dépendance</b>                                 | <b>0.100*** (0.005)</b> | <b>0.14*** (0.02)</b> |
| Alzheimer  | 0.2 (0.2)               | 1.0*** (0.2)          |
| Diplôme  | 0.21** (0.09)           | -0.1 (0.1)            |
| <b>Revenu mensuel (Ref : &lt;600€)</b>                     |                         |                       |
| 600€ – 1000€   | -0.07 (0.07)            | 0.1 (0.2)             |
| 600€ – 1000€   | 0.04 (0.09)             | -0.1 (0.2)            |
| 600€ – 1000€   | 0.1 (0.1)               | <b>-0.9*** (0.3)</b>  |
| 600€ – 1000€   | 0.1 (0.1)               | -0.3 (0.2)            |
| <b>Lieu de vie (Ref : Grande ville)</b>                    |                         |                       |
| Zone rurale  | 0.20** (0.08)           | -0.2 (0.2)            |
| Petite ville   | 0.3* (0.1)              | <b>-0.6*** (0.2)</b>  |
| Ville moyenne  | 0.20** (0.09)           | -0.2 (0.2)            |
| <b>Attractivité du département (offre d'aide formelle)</b> | <b>0.06*** (0.02)</b>   |                       |
| Nombre de fils   | -0.03 (0.03)            | 0.1** (0.05)          |
| Nombre de filles   | -0.05 (0.03)            | 0.3*** (0.06)         |
| Sexe   | 0.04 (0.08)             | <b>-0.3** (0.2)</b>   |
| <b>Classe d'âge (Ref : 60-65 ans)</b>                      |                         |                       |
| 65-70 ans  | 0.1 (0.2)               | 0.7** (0.3)           |
| 70-75 ans  | 0.4** (0.2)             | 0.6** (0.3)           |
| 75-80 ans  | 0.6*** (0.2)            | 0.8*** (0.3)          |
| 80-85 ans  | 0.9*** (0.2)            | 1.1*** (0.3)          |
| 85-90 ans  | 0.7*** (0.1)            | 1.3*** (0.3)          |
| 90 ans et +  | 0.9*** (0.2)            | 1.8*** (0.3)          |
| Constante  | <b>-0.8*** (0.2)</b>    | <b>-1.4*** (0.3)</b>  |
| <b>N</b>   | <b>1526</b>             |                       |

Ecart-type entre parenthèses, \* p < .1, \*\* p < .05, \*\*\* p < .01

Tableau 1 : estimations du modèle

## Référence bibliographique

L. ARNAULT, A. GOLTZ, *How would informal caregivers react to an increase in formal home-care use by their elderly relative in France?*, Working Paper, 2013.

Louis ARNAULT – Andreas GOLTZ  
Laboratoire d'Economie et de Gestion des Organisations de Santé (LEDA-LEGOS)  
Université Paris Dauphine

|  | 1h supplémentaire d'aide formelle (en général) ... | 1h supplémentaire d'aide formelle personnelle (soins au corps) ... |
|--|--|--|
| ... diminuerait la quantité hebdomadaire d'aide informelle reçue de... | <b>1 h 24 min</b><br>[46 min, 2 h 36 min]          | <b>6 h 13 min</b><br>[2 h 53 min, 13 h 48 min]                     |

Intervalles de confiance à 95% entre crochets

Tableau 2 : ampleur de l'éviction des aidants informels

## Conclusion / ouverture

Cette étude innovante confirme l'existence d'un effet d'éviction des aidants informels par les solidarités publiques. La position à adopter face à un tel effet d'éviction est d'autant plus incertaine que la philosophie de l'aide publique à la prise en charge de la dépendance n'est pas clairement définie. Ainsi les solidarités publiques ne doivent-elles jouer qu'un rôle subsidiaire à la famille? Ou sont-elles aussi destinées à compléter l'aide familiale reçue quand elle existe?

# Circulation de l'enquêteur, relations familiales et aide informelle

## Introduction

Le protocole des enquêtes HSM-HSA était « à double détente » : passation d'un questionnaire HSM permettant d'identifier des « aidants » de la personne HSM (si celle-ci se déclarait aidée), puis enquête (HSA) auprès de ces aidants. Comment les enquêteurs ont-ils mis en œuvre ce protocole ? Que faire de ces données « par cas » et des discordances de déclarations entre aidé (ou proxy) et aidants ?

## Population d'étude et méthode

### (1) L'enquête sur l'enquête

Deux sources ont été combinées :  
- des entretiens avec des responsables et des enquêteurs.  
- une étude statistique de la base de données de suivi de la collecte.

**Tableau 1. Des groupes d'enquêteurs selon le déroulement des enquêtes**

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <b>Groupe 1</b><br>(65 enquêteurs)  | Aucun aidant identifié                           |
| <b>Groupe 2</b><br>(255 enquêteurs) | Les aidants identifiés sont tous enquêtés        |
| <b>Groupe 3</b><br>(315 enquêteurs) | Les aidants identifiés ne sont pas tous enquêtés |

Une partie seulement des enquêteurs (groupe 3) ont enquêté sur le mode « attendu » des concepteurs de l'enquête : identifier les aidants de façon large et tenter de les rencontrer quitte à être confronté à des refus. Les enquêteurs du groupe 2 ont identifié un nombre d'aidants plus restreint, comme s'ils avaient présélectionné les aidants les plus impliqués (cohabitants, proxy ?) dont la participation à l'enquête était assurée.

### (2) Circulation de l'enquêteur et déclarations d'aide

Nous avons examiné statistiquement les blocages d'enquête dans HSM et dans HSA, d'une part, et la divergence ou la convergence des déclarations de la personne aidée ou de son proxy et des aidants.

Ce travail a été réalisé pour trois profils : les personnes sans conjoint avec au moins un enfant, les personnes ayant un conjoint et au moins un enfant, les personnes sans conjoint sans enfant et ayant au moins un parent en vie.

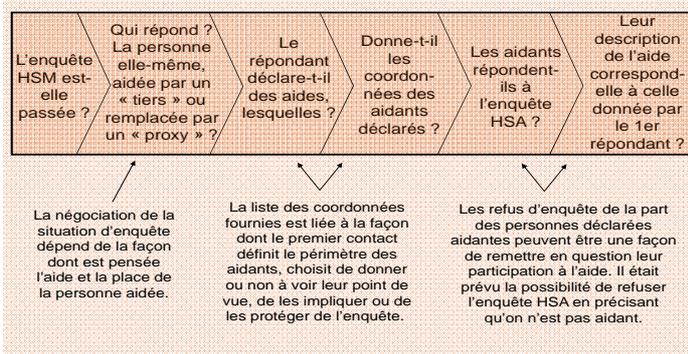
## Résultats / discussion

### Un « effet enquêteur » limité : la parenté vue par les femmes

Les entretiens avec les enquêteurs avaient montré de fortes différences dans leurs représentations de ce qu'est un « aidant ». Or l'analyse statistique relativise l'effet des caractéristiques des enquêteurs sur le déroulement des enquêtes (tableau 1) :

- La probabilité d'être dans le groupe 1 est principalement déterminée par le fait d'avoir traité des cas d'absence de handicap ou de handicap faible.
- La probabilité d'être dans le groupe 3 dépend avant tout du nombre de fiches adresses traitées, ce qui suggère un effet d'apprentissage de l'enquête. Il existe cependant une différence, parmi les enquêteurs âgés de 45 à 54 ans, entre les femmes dont la définition de l'aide est plus restrictive (et qui, de ce fait, réussissent à interroger davantage d'aidants), et les hommes qui identifient un plus grand nombre d'aidants dans HSM et connaissent plus de refus HSA.

**Tableau 2. Circulation de l'enquêteur et concordance/discordance des déclarations d'aide : des questions indissociables**



### L'intérêt d'un protocole à double détente : encore des effets de genre

A la lumière d'enquêtes ethnographiques et d'une enquête statistique exploratoire (MEDIPS), nous postulons que le déroulement de l'enquête et la déclaration des aides sont liés (tableau 2). Ces variables permettent de mieux comprendre les configurations d'aide dans les enquêtes HSM-HSA. En particulier, les refus d'enquête aux différents niveaux sont plus fréquents lorsque la personne HSM a répondu seule et lorsqu'une femme (sa conjointe ou sa mère) a répondu à sa place.

## Conclusion

Cette post-enquête montre l'intérêt d'une enquête à double détente : les enquêteurs se sont appropriés le protocole avec succès et le déroulement de l'enquête HSA modifie – diversement selon les situations – la description initiale de l'aide. La tentative de circulation de l'enquêteur est en elle-même porteuse de résultats : le protocole pourrait donc être reconduit de manière allégée (avec un questionnaire HSA réduit) et centré sur le recueil de variables de déroulement de l'enquête.

## Référence bibliographique

Béliard A., Billaud S., Perrin-Heredia A., Weber F., 2012, « Circulation de l'enquêteur, relations familiales et aide informelle », Rapport DREES-CNSA, Paris (disponible en ligne)

Aude BELIARD (Université Paris Descartes, Cermes3)

Solène BILLAUD (Centre Maurice Halbwachs, MSSH)

Ana PERRIN-HEREDIA (Centre de sociologie des organisations)

Florence WEBER (Ecole Normale Supérieure, Centre Maurice Halbwachs, MSSH)

Equipe MEDIPS

# Le recours au dépistage du cancer chez les personnes en situation de handicap

## Introduction

**Contexte** : Face aux inégalités sociales rencontrées dans le domaine de l'accès au dépistage du cancer en France, on peut faire l'hypothèse que des personnes en situation de handicap, souvent en situation de précarité, sont particulièrement concernées.

**Objectif** : Etudier le lien entre la sévérité du handicap et la probabilité d'être dépisté pour le cancer du col de l'utérus, du sein et colorectal. Nous comparons la probabilité de dépistage des personnes vivant à domicile à celle des personnes vivant en institution. Nous faisons l'hypothèse que les personnes en institution sont médicalement mieux suivies, sont plus à même d'être dépistées et qu'aucun gradient de recours au dépistage selon le degré de handicap ne sera observé.

## Population d'étude et méthode

### Enquête Handicap-Santé, volets HSM-HSI, 2008 :

Sélection des individus déclarant au moins une déficience : n= 18 254 à domicile et n= 8 557 en institution

### Régressions logistiques multivariées:

- Variables dépendantes : avoir déjà eu un frottis, une mammographie, un hémocult, une coloscopie.
- Variable d'intérêt : Sévérité du handicap mesurée par les limitations fonctionnelles - indicateur KATZ
- Variables d'ajustement : âge, sexe, revenu, diplôme, état de santé perçu, corpulence, type de déficience, consultations chez le médecin généraliste, statut ALD

Table 1. Construction de la variable d'intérêt "Niveau de limitations fonctionnelles" à partir du KATZ

| KZ | Variable                                 | KATZ | Catégories correspondantes   |
|----|--|------|--|
| 1  | Pas de limitation                        | A    | Indépendante pour les 6 activités  |
|    |  | B    | Dépendante pour une seule activité   |
| 2  | Limitations modérées à fortes            | C    | Dépendante pour deux activités, dont " faire sa toilette "   |
|    |  | D    | Dépendante pour trois activités, dont " faire sa toilette " et " s'habiller "  |
|    |  | E    | Dépendante pour quatre activités, dont " faire sa toilette ", " s'habiller " et " aller aux toilettes et les utiliser "  |
|    |  | F    | Dépendante pour au moins deux activités sans être classable dans les catégories précédentes  |
| 3  | limitations sévères à totalement limités | H    | Dépendante pour cinq activités, dont " faire sa toilette ", " s'habiller ", "aller aux toilettes et les utiliser " et "se coucher ou quitter son lit et s'asseoir ou quitter son siège " |
|    |  | G    | Dépendante pour les six activités  |

## Résultats / discussion

Les résultats sont donnés sous la forme d'Odds Ratios ajustés (ORa)

Toute chose égale par ailleurs, à domicile, plus les individus sont limités moins ils sont dépistés, avec un gradient selon le niveau de limitation. Comparés au groupe ayant le moins de limitations fonctionnelles, les plus limités ont une probabilité significativement plus faible d'avoir un frottis, une mammographie, un hémocult ou une coloscopie. Cet effet persiste et reste significatif en institution pour les plus limités, même s'il est moindre.

Table 2. Régressions logistiques des recours au dépistage

| Dépistage    | KZ     | HSM  |             |      | HSI  |             |      |
|--------------|--------|------|-------------|------|------|-------------|------|
|              |        | ORa  | 95% CI      | N    | ORa  | 95% CI      | N    |
| Frottis      | 2 vs 1 | 0.27 | 0.19 - 0.39 | 7867 | 0.43 | 0.29 - 0.62 | 2141 |
|              | 3 vs 1 | 0.19 | 0.12 - 0.31 |      | 0.30 | 0.23 - 0.39 |      |
| Mammographie | 2 vs 1 | 0.20 | 0.13 - 0.30 | 7904 | 0.54 | 0.37 - 0.79 | 2256 |
|              | 3 vs 1 | 0.12 | 0.07 - 0.21 |      | 0.45 | 0.35 - 0.59 |      |

Table 2. Régressions logistiques des recours au dépistage (suite)

| Dépistage  | KZ     | HSM  |             |       | HSI  |             |      |
|------------|--------|------|-------------|-------|------|-------------|------|
|            |        | ORa  | 95% CI      | N     | ORa  | 95% CI      | N    |
| Hémocult   | 2 vs 1 | 0.59 | 0.46 - 0.75 | 16543 | 1.11 | 0.86 - 1.41 | 6984 |
|            | 3 vs 1 | 0.41 | 0.29 - 0.58 |       | 0.79 | 0.66 - 0.96 |      |
| Coloscopie | 2 vs 1 | 0.67 | 0.54 - 0.82 | 16557 | 1.02 | 0.79 - 1.33 | 6976 |
|            | 3 vs 1 | 0.53 | 0.40 - 0.70 |       | 0.67 | 0.54 - 0.82 |      |

## Conclusion

Grâce à l'ajustement des modèles, le moindre recours aux dépistages mis en évidence dans cette analyse est attribuable à la situation de handicap elle-même et non aux situations de précarité qui peuvent lui être liées. Même en institution, la sévérité du handicap constitue une barrière au dépistage du cancer.

Ces résultats peuvent servir pour la formulation de politiques de santé appropriées et faciliter l'accès aux dépistages de routine chez des population vulnérables.

## Référence bibliographique

Diab ME, Johnston MV. Relationships between level of disability and receipt of preventive health services<sup>1</sup>. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 2004 May;85(5):749-57

# Difficultés d'audition et usage de la langue des signes

## Introduction

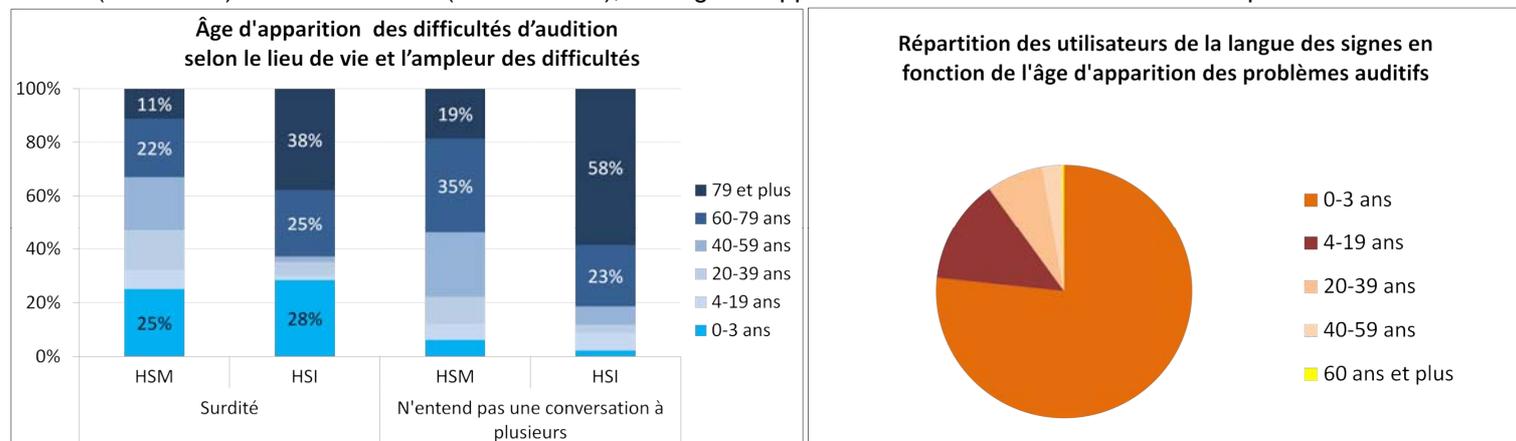
L'élaboration du Baromètre Santé Sourds et Malentendants par l'INPES en 2010 a été l'occasion pour les auteures d'analyser les données de l'enquête Handicap-Santé Ménages 2008 relatives à la surdité. A l'image d'une population sourde essentiellement constituée de personnes âgées découvrant progressivement des situations où communiquer devient difficile, a succédé, dans les représentations sociales dominantes, l'image d'une population jeune, s'exprimant en langue des signes et souhaitant une meilleure insertion professionnelle et sociale. L'étude des données issues des enquêtes HS (ménages et institutions) met en évidence la réalité de cette diversité de populations.

## Population d'étude et méthode

L'ensemble de la population ayant déclaré des déficiences auditives dans les enquêtes HSM et HSI a été étudié. L'identification des degrés de surdité a été effectuée par croisement des déclarations de déficiences (surdité des deux oreilles d'une seule, malentendant ou encore autres difficultés auditives) et de limitations fonctionnelles (en réponse à la question : *Pouvez-vous entendre ce qui se dit dans une conversation avec plusieurs personnes ?*). Le fichier de déficiences utilisé est celui qui provient directement des déclarations des intéressés ou des proxys, car ce fichier permet d'identifier la date d'apparition de la surdité.

## Résultats / discussion

A la fin des années 2000, environ 183 000 personnes se sont déclarées complètement sourdes et 450 000 ont déclaré ne pas être en mesure d'entendre une conversation à plusieurs, sans pour autant déclarer de surdité totale. Dans les deux cas, environ 90% de ces personnes vivent en domicile ordinaire. La proportion de personnes âgées est importante : A domicile, les plus de 60 ans, représentent respectivement 55% des personnes « sourdes » et 85% de celles qui déclarent ne pas entendre une conversation à plusieurs. Si l'on s'en tient aux plus de 80 ans, ces proportions sont respectivement d'environ 30% des déclarations de surdité totale et 50% des déclarations d'impossibilité d'entendre une conversation à plusieurs. Les personnes les plus âgées ne sont pas les seules à cumuler des difficultés liées à leur audition avec des difficultés liées à d'autres déficiences. Au sein de la population de 20 à 59 ans, environ une personne sourde ou « n'entendant pas une conversation à plusieurs » sur sept déclare des restrictions importantes sur les ADL ou IADL (usage du téléphone exclu). Le lien entre surdité et âge de la population concernée s'explique plus largement par un effet d'âge que par un effet de génération : quel que soit le lieu de vie, la surdité n'est apparue avant 3 ans que dans moins d'un tiers des cas ; environ la moitié (à domicile) ou les deux-tiers (en institution), des âges d'apparition des difficultés d'audition étant postérieurs à 60 ans.



Source : Enquêtes Handicap-Santé 2008 – volet ménages / 2009 – volet institutions, INSEE

Source : Enquête Handicap-Santé 2008 – volet ménages, INSEE

L'usage de la langue des signes apparaît très lié à l'âge d'apparition de la surdité ainsi qu'à son intensité. Globalement on compte environ 280 000 utilisateurs de la langue des signes dont seuls 20% environ ont déclaré une déficience auditive. Parmi ces 50 000 personnes, plus de 75% situent l'apparition de leurs problèmes auditifs dans la petite enfance (avant 3 ans).

## Conclusion

Reflète inévitablement approximatif de la réalité en raison du caractère déclaratif des données, lequel hypothèque la précision des données relatives à l'ampleur des pertes d'acuité auditive, les deux enquêtes n'en soulignent pas moins la part importante des personnes âgées au sein de la population sourde et malentendante. La petitesse de l'effectif des plus jeunes limite les possibilités d'étude des processus handicapants à l'œuvre au sein de cette population.

## Références bibliographiques

Cuenot, M., Roussel, P. (2010). *Difficultés auditives et communication. Exploitation des données de l'enquête Handicap-Santé Ménages 2008*, Etude réalisée par le CTNERHI pour l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.  
Baromètre Santé Sourds et Malentendants (INPES, 2010) : <http://www.bssm.inpes.fr/>

Marie CUENOT<sup>1</sup>, Raphaëlle MARIE<sup>2</sup>, Pascale ROUSSEL<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> EHESP-MSSH, <sup>2</sup> IFR H-MSSH

## Les implications du recours à un répondant proxy dans une enquête en population générale

### Introduction

Les enquêtes sur la santé en population générale recourent souvent à des répondants proxy qui aident ou remplacent la personne enquêtée qui ne peut répondre par elle-même. Le biais de mesure des états de santé ou du recours aux soins est ainsi supposé moins important que le biais de sélection (non-interrogation du sujet par l'enquêteur) ou de participation (refus ou impossibilité du sujet de répondre).

### Population d'étude et méthode

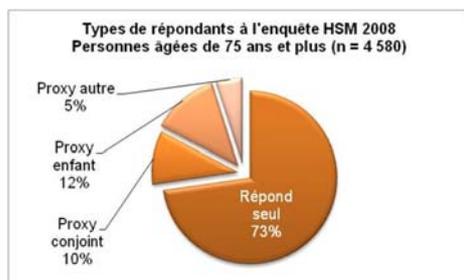
A partir de l'enquête Handicap Santé-Ménages 2008, ce travail cherche à identifier les implications du recours à un répondant proxy :

- dans la déclaration des besoins d'aide pour la réalisation des activités quotidiennes (ADL & IADL),
- dans l'appréciation de la satisfaction des besoins exprimés.

Le modèle comprend trois étapes :

- une équation probit du recours à un répondant proxy,
- deux équations de comptage du nombre de besoins, liées entre elles par une fonction copule,
- une équation qui modélise la satisfaction des besoins.

Cela permet de séparer ce qui relève de l'état de santé du sujet interrogé de ce qui est attribuable à la subjectivité du répondant.



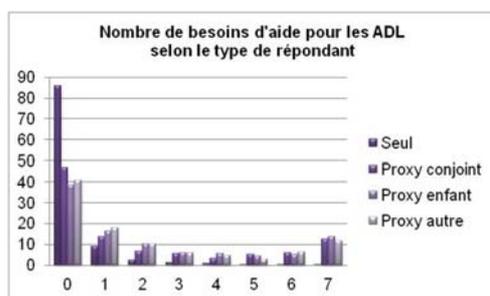
### Conclusion

La qualité des données peut souffrir de la manière dont elles ont été colligées, compromettant les usages que les chercheurs et les responsables de politique sanitaire peuvent en faire. Ce travail souligne l'importance de tenir compte de la qualité du répondant lorsque l'on souhaite fonder des décisions sur les mesures les plus fidèles possibles de l'état de santé.

### Référence bibliographique

Davin B, Joutard X, Paraponaris A, Verger P (2008). Le recours à un répondant proxy importe-t-il dans les enquêtes sur la santé ?, in *Méthodes de sondage : applications aux enquêtes longitudinales, à la santé, aux enquêtes électorales et aux enquêtes dans les pays en développement*, Guilbert P, Haziza D, Ruiz-Gazen A, Tillé Y (dir), Dunod Sciences Sup, 380 p.

### Résultats / discussion



Les résultats du modèle font apparaître un lien positif et significatif :

- entre le recours à un répondant proxy et l'âge, le sexe masculin, ne pas vivre seul, un faible niveau d'éducation, un mauvais état de santé ;
- entre le nombre de besoins d'aide et l'âge, ne pas vivre seul, habiter en milieu rural, un faible niveau d'éducation, un mauvais état de santé ;
- entre la non satisfaction et l'âge, le sexe masculin, ne pas vivre seul, un faible niveau d'éducation, un mauvais état de santé.

Le recours au répondant proxy est associé positivement à la déclaration de besoins d'aide et négativement à la non-satisfaction. La subjectivité des proxy serait perceptible à la fois à travers leur tendance à majorer le degré de dépendance des sujets âgés et à minorer l'incapacité à satisfaire les besoins rencontrés. Dans la littérature, les déclarations des conjoints sont les plus précises. Dans nos analyses, le lien proxy – enquêté n'importe pas.

|                          | ADL      | IADL     |
|--------------------------|----------|----------|
| <b>Nombre de besoins</b> |          |          |
| Proxy conjoint           | 0,52***  | 0,44***  |
| Proxy enfant             | 0,38***  | 0,35***  |
| Proxy autre              | 0,44***  | 0,34***  |
| <b>Non satisfaction</b>  |          |          |
| Proxy conjoint           | -2,46*** | -1,07*** |
| Proxy enfant             | -2,31*** | -1,00*** |

# Parce qu'ils le valent bien !

## Estimation du coût de l'aide informelle apportée aux personnes âgées de 75 ans et plus

### Introduction

L'avancée en âge peut s'accompagner de difficultés pour vivre au quotidien à domicile, nécessitant l'intervention de tiers. Malgré les évolutions démographiques et sociales, les aidants informels – famille, amis, voisins – demeurent les acteurs majeurs de la prise en charge de la perte d'autonomie. Pour autant, l'évaluation et la reconnaissance économiques de cette aide restent balbutiantes.

### Population d'étude et méthode

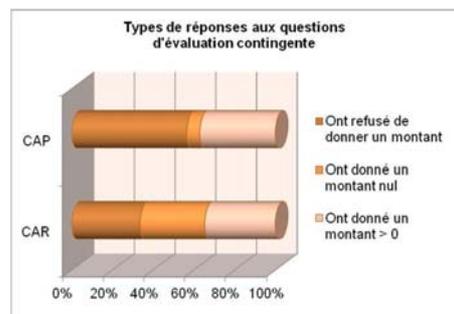
Le volet de l'enquête Handicap-Santé 2008 sur les Aidants informels (HSA) a suivi celui en ménages ordinaires (HSM).

Un module était dédié aux questions d'évaluation contingente sur le consentement à payer (CAP) et à recevoir (CAR) :

• CAP : *Imaginez que vous puissiez être remplacé(e) pour une heure dans la semaine. Quel est le montant maximal que vous seriez prêt(e) à payer pour cette heure d'aide ?*

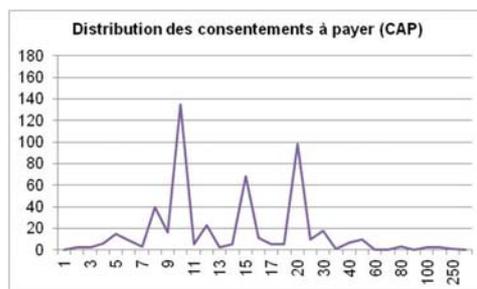
• CAR : *Imaginez que vous deviez apporter une heure d'aide supplémentaire par semaine et que vous soyez dédommagé(e) au moyen d'une allocation. Quel est le montant minimal que vous souhaiteriez recevoir pour cette heure d'aide ?*

L'échantillon contient 1 356 aidants informels de personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile.



### Résultats / discussion

Les aidants informels ayant refusé d'indiquer un montant sont plus âgés, moins souvent en emploi et ont un lien de parenté plus distant avec la personne aidée. Ils sont moins nombreux à déclarer souffrir de stress, de dépression ou de fatigue.



Les aidants, ayant donné un montant positif, ont déclaré être prêts à payer en moyenne 16,4 euros pour être déchargés d'une heure d'aide par semaine, tandis qu'ils souhaiteraient recevoir 14,4 euros pour apporter une heure d'aide supplémentaire.

Le montant du CAP est plus élevé lorsque les aidants sont jeunes, de sexe masculin, éloignés et confrontés à des répercussions familiales liées à l'aide prodiguée. Plus la personne aidée dispose d'un revenu important, plus le CAP augmente ; au contraire, il diminue avec le nombre d'aidants disponibles.

La fatigue physique et le stress supportés par les aidants les amènent à déclarer des montants de CAR plus élevés ; de même qu'un âge avancé de la personne aidée.

|  | Montant CAP | Montant CAR |
|--|-------------|-------------|
| <b>Caractéristiques de l'aidant</b>          |             |             |
| Age  | -           | --          |
| Sexe masculin                                | +           |             |
| Distance géographique                        | +++         |             |
| Revenu du ménage                             | ns          |             |
| Répercussions familiales                     | +           |             |
| Répercussions professionnelles               | ns          |             |
| Fatigue physique                             |             | ++          |
| Stress                                       |             | ++          |
| <b>Caractéristiques de la personne aidée</b> |             |             |
| Age  |             | ++          |
| Revenu                                       | +++         | ns          |
| Nombre d'aidants informels                   | --          | ns          |

### Conclusion

Les décideurs publics ont besoin d'informations sur les coûts et les caractéristiques qui déterminent le recours à l'aide, pour concevoir des politiques sociales et de santé répondant à la fois aux besoins des personnes âgées et de leurs aidants proches. L'évaluation des coûts qui repose sur une appréciation personnelle des aidants apporte quelques éléments utiles pour mettre en place des mesures qui tout à la fois soutiennent et soulagent leur action.

### Référence bibliographique

Davin B, Paraponaris A (2012). Coût de l'aide informelle apportée aux personnes âgées de 75 ans et plus vivant en France : estimation par la méthode d'évaluation contingente. *Les Cahiers de l'Année Gérontologique*, 4(3): 236.

## Cadre de vie et logement où vieillir

### Introduction

En France, depuis le rapport Laroque en 1962, le « maintien à domicile » est sans cesse réaffirmé comme une priorité des politiques publiques de la vieillesse. Compte tenu de l'augmentation du nombre de personnes qui font l'expérience d'une vie au long cours, le cadre de vie et l'usage du logement constituent un objet d'investigation majeur pour développer des mesures de prévention primaire.

### Population et méthode

En 2010, 15 personnes âgées de 75 ans et plus et 15 aidants informels de 45 ans et plus, résidant en Ile-de-France et dans le Nord Pas-de-Calais, ont été invités à s'exprimer sur l'utilisation des aides techniques, les conditions d'accessibilité et d'aménagement de leur logement. Le double questionnement des aidants et des personnes aidées, croisé avec les réponses fournies aux enquêtes handicap-santé auxquelles ils ont participé en 2008, permet d'étudier comment les uns et les autres envisagent de vieillir dans leur environnement.

### Résultats

Les données d'enquête confirment, en 2008, la place centrale des aides humaines auprès des 75 ans et plus (52%), la diffusion des dispositifs techniques (51%), principalement des aides à la mobilité, tandis que l'amélioration de l'habitat, du cadre de vie et du logement est moins fréquent (17%).

Face aux exigences du quotidien, les gens font preuve d'inventivité pour contourner les obstacles, s'adapter au logement, aménager l'espace et continuer d'habiter chez eux.

### Conclusion

La liberté de choix ou la dépendance aux autres conditionnent les comportements et la faculté d'intégrer les expériences de vie et de vieillissement pour soi et pour autrui. Le logement est un moyen efficace pour observer comment les individus en vieillissant gardent ou non prise sur leur environnement, quels supports et soutiens techniques ou humains ils mobilisent, comment ils transforment l'espace dans lequel ils se meuvent pour s'y maintenir, l'adapter, s'y adapter ou en changer.

### Référence bibliographique

L'aménagement du logement, son accessibilité et les aides techniques. Usages et besoins, connaissance des dispositifs dans l'enquête Handicap-Santé, Rapport de recherche Mire-Drees / CNSA, convention n°09/3517.

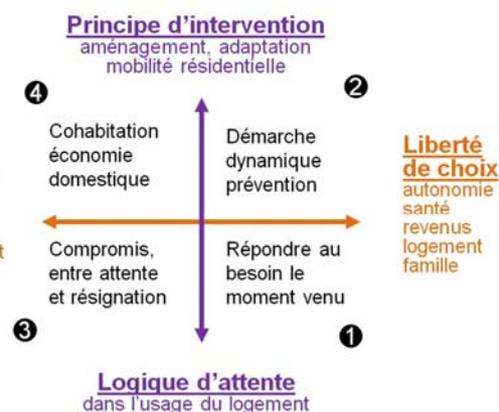
### Discussion

Les interactions entre l'individu et son environnement mettent à jour quatre types d'expériences, structurées autour de deux dimensions selon les ressources disponibles sur le plan de la santé, des revenus, du logement ou des relations familiales et selon la conception du vieillissement pour agir ou laisser faire. Lorsque la liberté de choix est garantie en termes de ressources, certains décident d'attendre pour répondre au besoin le moment venu ❶ quand d'autres anticipent le besoin d'adaptation par une démarche dynamique de prévention ❷. Lorsque les choix contraints s'imposent par la rareté des ressources et/ou la dépendance au groupe familial, d'aucuns demeurent dans le compromis, entre attente et résignation ❸ ou, au contraire, optent pour la mise en commun des ressources familiales et du logement pour cohabiter ❹.



Déambulateur dans la douche

**Choix contraints**  
rareté des ressources  
dépendance  
environnement



Toilette au lavabo



Lit médicalisé dans le salon

## Maladie d'Alzheimer et « approche par les capacités » : une analyse empirique utilisant les données de HSM

### Introduction

L'économiste A. Sen propose d'évaluer les situations individuelles par les capacités ou « possibilités effectives qu'a un individu de choisir un cours de vie qu'il valorise ». Nous rapportons ici l'estimation de deux capacités des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (MA) vivant à domicile et comparons leurs désavantages à ceux des personnes de même âge mais n'ayant pas cette maladie.

### Population d'étude et méthode

Les données utilisées sont celles de l'enquête Handicap Santé Ménages. Sur les 29.931 individus de cette base, 8.841 ont plus de 60 ans (hors DOM-TOM), dont 340 sont atteints de la MA.

Pour chaque individu, deux capacités sont estimées : l'autonomie des personnes dans les soins personnels et la participation à la vie domestique.

Les données ont été exploitées par la construction d'un modèle à variables latentes (les capacités) comprenant une équation de mesure et une équation de structure, estimées simultanément par le logiciel Mplus.

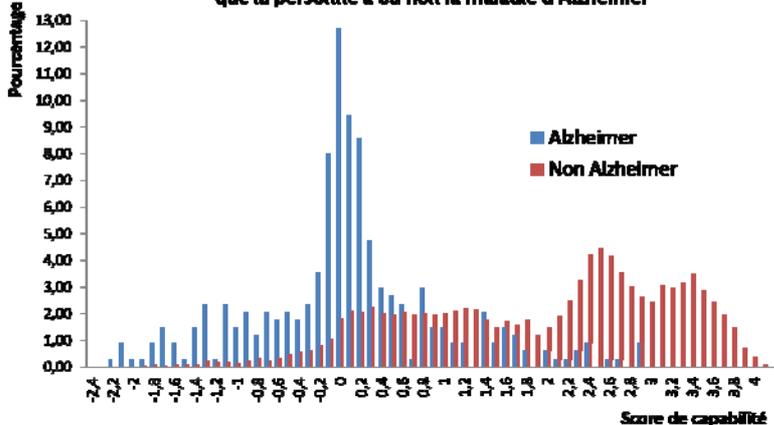
### Résultats / discussion

Le principal résultat de ce travail est de montrer le décalage entre les scores de capacité des personnes souffrant de la MA et ceux des personnes non atteintes et ce, au détriment des premières. Ainsi, tandis que la majorité des personnes non Alzheimer ont un score pour la capacité « participation à la vie domestique » positif et compris entre 0 et 4, voire même souvent entre 2 et 4, les personnes Alzheimer ont, elles, un niveau de capacité plus faible. 0 est effectivement le niveau le plus fréquemment estimé mais surtout le nombre de personnes ayant une capacité négative est bien plus important que lorsque les personnes ne sont pas Alzheimer (graphique 1).

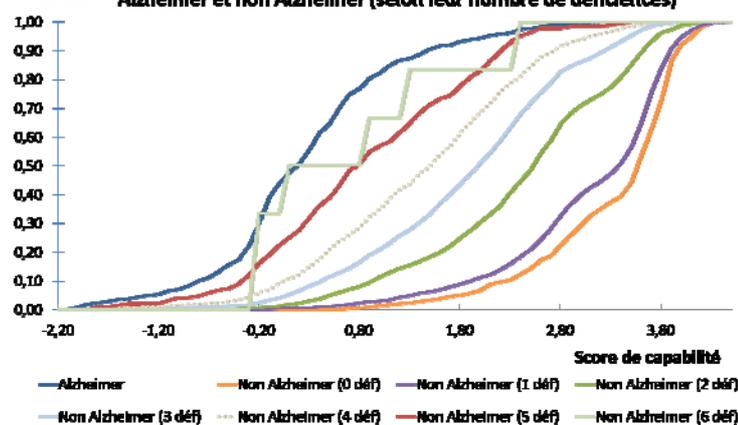
La situation reste défavorable aux personnes Alzheimer, même lorsque les personnes non Alzheimer déclarent un nombre élevé de déficiences (graphique 2).

Les deux capacités sont déterminées par des caractéristiques économiques, sociales, démographiques et de santé, ces dernières étant les plus influentes. L'accès à un environnement favorable (commerces, services publics et de santé) est également un élément positif. En revanche, les conditions strictement financières ne sont pas, dans l'ensemble des ressources à la disposition des personnes malades, celles qui ont la plus forte influence sur leurs capacités.

Graphique 1 : Capacité « Participation à la vie domestique » selon que la personne a ou non la maladie d'Alzheimer



Graphique 2 : Autonomie dans les soins personnels des personnes Alzheimer et non Alzheimer (selon leur nombre de déficiences)



### Conclusion

Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et qui vivent à domicile ont des désavantages, en termes d'autonomie dans leurs soins personnels et de participation à la vie domestique, accrus par rapport aux personnes de même âge, même très « dépendantes ». Nos résultats montrent également que les dispositifs publics actuels (APA, CLIC,... ) ne permettent pas de compenser ces désavantages.

### Référence bibliographique

Le Galès, C. et al. (2013). Rapport final de recherche Fondation de Coopération Scientifique Plan Alzheimer "Accompagner une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer : entre liberté et responsabilité - AUPAMA Resp-Lib ", CERMES3, Villejuif, Remis le 31 Mars 2013.

# Maigreur, obésité et perte d'autonomie chez les personnes âgées à domicile en France : enquête Handicap Santé volet « ménages », 2008

## Introduction

Avec l'âge, la maigreur<sup>1</sup> et, inversement, l'obésité<sup>2</sup> constitueraient des facteurs de risque majeurs de perte d'autonomie. En France, les données épidémiologiques sur la corpulence des personnes âgées sont rares, surtout à domicile. L'objectif de cette étude était de décrire la corpulence des personnes âgées à domicile et d'étudier l'association entre perte d'autonomie et catégories de corpulence, grâce aux données de l'enquête Handicap Santé 2008.

## Population d'étude et méthode

- Estimation, à partir de l'indice de masse corporelle (IMC, rapport poids/taille<sup>2</sup>, données déclarées), des prévalences de la maigreur (IMC<21 pour les personnes âgées<sup>1</sup>) et de l'obésité (IMC≥30) chez les personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile et avec des données complètes (n=4 296).
- Analyse, par régression logistique multivariée, de l'association entre **perte d'autonomie** (au moins une restriction d'activité de la vie quotidienne) et catégorie de corpulence.
- Analyse séparée selon le sexe et prise en compte du plan de sondage.

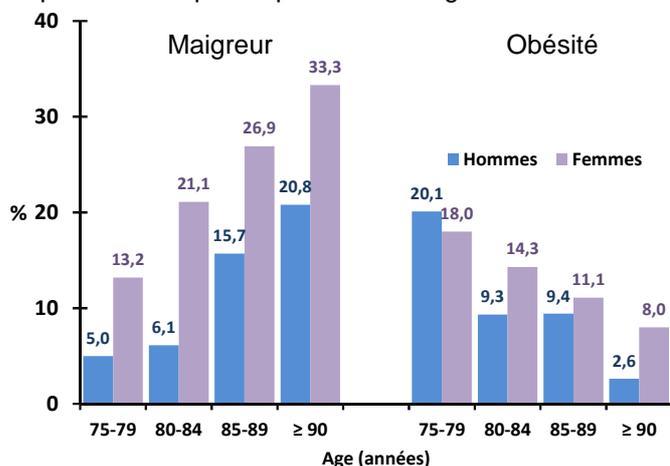


Figure : Prévalence (%) de la maigreur et de l'obésité selon l'âge chez les personnes âgées à domicile

## Conclusion

Bien que déclaratives, les données nationales de corpulence de l'enquête HSM apportent des informations utiles à la surveillance nutritionnelle des personnes âgées. Au-delà de 75 ans, la maigreur et l'obésité sont fréquentes et s'accompagnent d'un risque élevé de perte d'autonomie, rappelant l'importance de leur prévention à tous les âges de la vie.

## Références bibliographiques

1. Vellas B, Villars H, Abellan G, Soto ME, Rolland Y, Guigoz Y, Morley JE, Chumlea W, Salva A, Rubenstein LZ, Garry P. Overview of the MNA-Its history and challenges-. J Nutr Health Aging. 2006 ; 10:456-63.
2. Inelmen EM, Sergi G, Coin A, Miotto F, Peruzza S, Enzi G. Can obesity be a risk factor in elderly people? Obes Rev. 2003; 4:147-55.

## Résultats / discussion

Parmi les personnes âgées à domicile (63,4% de femmes, 51,6% vivant seul(e)s) :

- 47,4% [45,1-49,8] étaient en perte d'autonomie,
- 14,9% [13,3-16,7] étaient en situation de maigreur, dont 5,5% [4,5-6,7] de façon sévère (IMC<19). Ce risque était plus élevé chez les femmes que chez les hommes (19,6% contre 7,6%, p<10<sup>-3</sup>) et augmentait avec l'âge (Figure).
- 14,6% [13,1-16,2] étaient obèses, dont 2,8% [2,3-3,6] de façon sévère (IMC≥35), sans différence selon le sexe. Le risque d'obésité diminuait avec l'âge (Figure).

Après ajustement sur les caractéristiques socioéconomiques (âge, statut matrimonial, niveau d'éducation et revenus du ménage), le risque de perte d'autonomie était associé à la maigreur et à l'obésité chez les hommes selon une courbe en U (Tableau). Chez les femmes, ce risque était uniquement associé au surpoids et à l'obésité (Tableau).

Tableau : Association (odds ratios) entre perte d'autonomie et catégories de corpulence après ajustement sur les variables socioéconomiques

|   | Hommes |         |       | Femmes |         |                   |
|---|--------|---------|-------|--------|---------|-------------------|
|   | ORa    | IC95%   | P     | ORa    | IC95%   | P                 |
| <b>Corpulence (IMC en kg/m<sup>2</sup>)</b> |        |         |       |        |         |                   |
| Maigreur (<21)                              | 2,7    | 1,3-5,5 | 0,007 | 1,2    | 0,8-1,7 | 0,3               |
| Normocorpulence ([21-25])                   | 1,0    | -       | -     | 1,0    | -       | -                 |
| Surpoids ([25-30])                          | 1,1    | 0,7-1,5 | 0,7   | 1,7    | 1,2-2,3 | 10 <sup>-3</sup>  |
| Obésité (≥30)                               | 1,9    | 1,2-3,1 | 0,005 | 2,9    | 1,9-4,4 | <10 <sup>-3</sup> |

Ces résultats confirment la plus grande sensibilité des femmes aux conséquences fonctionnelles, notamment à long terme, de l'obésité (arthrose et troubles ostéo-articulaires, retentissements psychologiques, moindre masse musculaire) et les risques associés à la maigreur chez les hommes.

Néanmoins, le caractère déclaré des poids et tailles a pu entraîner un biais, comme d'ailleurs pour les restrictions d'activité. Par ailleurs, le caractère transversal de l'étude ne permet pas l'inférence du lien de cause à effet.