



LES DIFFERENTS VISAGES DE L'AIDANCE

QUELLE(S) AIDANCE(S) POUR QUEL(S) IMPACT(S) ?

Synthèse de l'étude de la Chaire TDTE

Introduction

La transition démographique déjà amorcée, caractérisée par une augmentation de l'espérance de vie et par une diminution des taux de natalité, entraîne un vieillissement accru de la société et amène à un besoin plus important d'aide dans le cadre de pertes d'autonomie plus nombreuses. En première ligne les proches aidants, actifs comme retraités, seront amenés à y répondre. Cette situation présente des défis significatifs pour les aidants informels, qui doivent souvent concilier leur rôle de soutien avec leur vie professionnelle et personnelle. Face à cette perspective, la Chaire TDTE cherche à comprendre les dimensions de l'aide, à mieux identifier les aidants et les aidés et à caractériser l'impact d'une aide régulière sur la vie professionnelle. En outre, elle évalue les conséquences de l'aide sur la santé des aidants, tout en comparant différents pays européens.



Données

La base de données SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) est une enquête longitudinale multidisciplinaire menée en Europe depuis 2004. Elle a pour objectif principal de collecter des données sur les conditions de vie, la santé, le vieillissement et la retraite des personnes âgées de 50 ans et plus, ainsi que sur leurs conjoints, quels que soient leurs âges. Avec neuf vagues de collecte de données réussies, SHARE a réuni des informations auprès d'environ 160 000 répondants provenant de 28 pays européens, dont 30 000 en France.

Les données de SHARE offrent la possibilité d'analyser les caractéristiques des aidants et des aidés, ainsi que les facteurs associés à l'aide. En exploitant ces données, il est possible de dresser un portrait de l'aidant type et de l'aidé type, en tenant compte de divers facteurs. De plus, SHARE permet d'étudier les conséquences de l'aide sur la santé, le bien-être et la situation économique des aidants grâce à sa structure en panel, qui nous permet de suivre les aidants au fil des vagues de l'enquête.

Nous utilisons dans notre étude les vagues 4 à 9, afin de disposer d'un nombre suffisant de répondants présents dans plusieurs vagues. Les vagues 4 à 9, bien que chacune touchées par un renouvellement progressif des effectifs répondants, nous permettent de suivre un certain nombre d'individus présents d'une vague à l'autre. Cela rend possible l'étude de l'évolution de leur santé, et de son lien avec l'aide.

Méthode

L'analyse en composantes multiples (ACM) est une méthode statistique utilisée pour analyser des tableaux de données qualitatives. Elle permet de représenter graphiquement les relations entre les individus et les variables en réduisant la dimensionnalité des données. En projetant les données sur un espace de faible dimension, généralement deux ou trois axes principaux, l'ACM met en évidence les **similarités et les différences entre les catégories** que cette dernière crée. Les résultats sont visualisés à l'aide de plans en deux dimensions, où les points représentent les variables, facilitant ainsi l'interprétation. Cette méthode permet d'**identifier des tendances et des structures cachées** dans les données qualitatives en exposant clairement une multitude de relations et de corrélations inter-variables, permettant des regroupements d'observations. Elle est similaire à l'analyse en composantes principales (ACP), mais adaptée aux données catégorielles telles que celles dont on dispose au sein de la base SHARE. Cette méthode complexe et originale permet de mettre au jour des phénomènes que les méthodes économétriques classiques ne permettent pas toujours de déceler. C'est cette méthode, mise en application par la Chaire TDTE, qui permet d'identifier les 3 profils d'aidants, ainsi que les dimensions qui permettent de structurer l'espace social des aidants.

L'étude de la santé à partir de la base SHARE présente plusieurs défis. Le questionnaire comporte des questions relatives à l'état de santé perçu, et les réponses viennent donc avec leur lot de biais de perception, biais déclaratifs, etc. Le choix a donc été fait de construire une **variable score de santé** dite « réelle », à partir de variables liées à la présence de pathologie ou maladies de longue durée, de cancer, de douleurs ressenties et leur intensité, et de limitations dans les activités du quotidien. Ce score est par la suite reporté d'une vague à l'autre afin d'**évaluer son évolution**, et ainsi étudier les changements d'état de santé des répondants au fil des vagues. Ainsi, lorsque l'on évoque la santé de manière générale, on se réfère au score de santé, et lorsque l'on évoque l'évolution de la santé, on se réfère à la différence du score de santé entre deux vagues.



Premier résultat : 3 profils d'aidants très différents (intensif et intégré, occasionnel et peu intégré, régulier et vulnérable)

• AIDANT INTENSIF ET INTEGRE

Ce groupe est composé principalement des **aidants actifs**, plus souvent des femmes, qui sont fortement intégrés dans l'emploi. Ils fournissent plutôt une aide quotidienne et ont au moins un parent vivant. Ils ne sont pas socialement isolés, sur le **plan professionnel comme familial**.

L'aidé est généralement un parent ou un enfant, avec un aspect de solidarité intergénérationnelle très présent dans le type d'aide apportée. En tenant compte de la forte fréquence de cette aide, on considère donc qu'il s'agit de **l'aide intensive**. Ce groupe représente environ **30% des aidants**.

Exemple-type : Une femme, en emploi à temps partiel, qui s'occupe quotidiennement de ses parents âgés en leur apportant un soutien dans les tâches du quotidien, dans la gestion du ménage, l'alimentation, les tâches ménagères, etc.

• AIDANT OCCASIONNEL ET PEU INTEGRE

Ce groupe est caractérisé par des **individus plus âgés**, et qui sont moins intégrés dans l'emploi. Ils fournissent une **aide occasionnelle**, du fait de leur plus grande disponibilité liée à leur statut de retraité, à un proche plutôt qu'un parent.

L'aidé est généralement un proche (ami, voisin, famille, etc.) vivant hors du ménage, avec lequel l'aidant n'entretient pas de liens aussi étroits que pour les autres profils. Nous sommes ici face à une aide plus ponctuelle comme l'aide à l'entretien du jardin, une assistance dans les tâches administratives, etc. L'aide ne déborde pas ici sur les autres sphères de la vie privée, familiale ou professionnelle, elle est en ce sens d'une **intensité moindre**. Ce groupe représente environ **50% des aidants**.

Exemple-type : Un homme, retraité, qui aide parfois son voisin malade avec une tâche récurrente mais peu fréquente comme la tonte de sa pelouse.

• AIDANT REGULIER ET VULNERABLE

Ces aidants sont fortement **intégrés dans un réseau interpersonnel**, mais ils sont également en mauvaise santé et éloignés de l'emploi. Ils fournissent une aide régulière malgré leur **propre besoin d'assistance**, souvent à un conjoint.

L'aidé est généralement un conjoint ou un autre membre du ménage, le couple aidant-aidé est central au sein de ce groupe d'aidant. Il s'agit souvent d'aider un conjoint ou un membre de son propre ménage, en étant soi-même plus exposé à des risques accrus. Il s'agit du **groupe d'aidant le plus impacté** par ce statut, sans forcément être celui qui présente l'intensité d'aide la plus forte. Ce groupe représente environ **20% des aidants**.

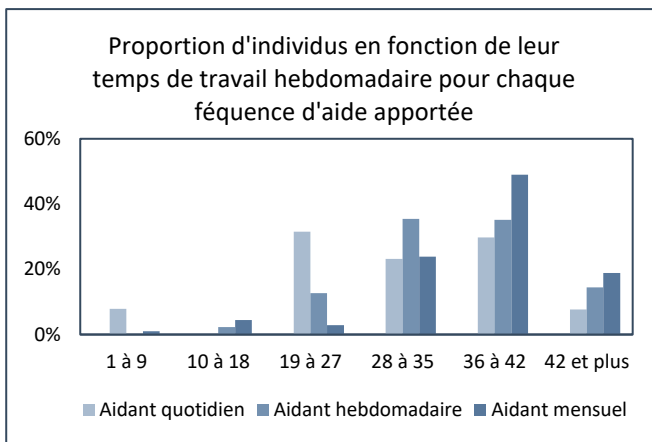
Exemple-type : Une femme, inactive, qui s'occupe de son mari, avec un besoin important d'assistance, l'empêchant ainsi d'occuper un emploi.



Deuxième résultat : Les aidants quotidiens travaillent en moyenne 5 heures de moins par semaine, et plus de 12 heures de moins pour 30% d'entre eux

Les aidants actifs doivent répartir leur temps entre aide et travail. L'impact de l'aide sur le temps de travail est d'autant plus fort que l'aide est fréquente.

Ainsi, les aidants qui déclarent apporter de l'aide à un proche chaque mois travaillent en moyenne 37 heures, un nombre similaire à la moyenne de l'ensemble des actifs. Les aidants quotidiens au contraire travaillent 32 heures en moyenne, soit une **différence de 5 heures par semaine !**

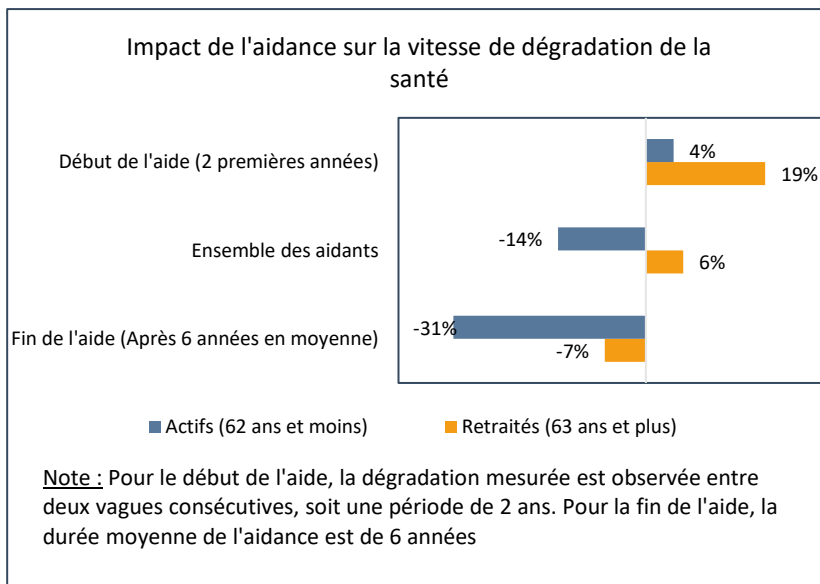


Cette différence entraîne nécessairement des disparités dans les revenus issus du travail, et dans les **taux d'emplois à temps partiel** au sein des aidants, beaucoup plus fréquents chez les aidants quotidiens. On observe ainsi qu'une **large majorité d'aidants quotidiens** (62%) occupent un emploi à temps partiel, tandis que cette proportion tombe à 32% chez les proches aidants mensuels, un taux très proche de celui de l'ensemble de la population active (30%, DARES, 2024). Le temps économiquement sacrifié par les aidants quotidiens représente environ 100 000 emplois à temps plein.

Troisième résultat : L'aide dégrade légèrement la santé des actifs, beaucoup plus fortement celle des retraités

L'entrée dans l'aide a l'effet d'un accélérateur de la dégradation de la santé.

Du fait des biais de sélection qui opèrent, les aidants actifs présentent en moyenne une meilleure santé que l'ensemble des actifs : **il faut être en bonne santé pour être aidant et travailler !** L'entrée dans l'aide provoque une faible accélération de la dégradation chez les actifs, tandis qu'elle est importante chez les retraités aidants. Ces derniers sont **en**



moins bonne santé que l'ensemble des retraités, ce qui indique un effet négatif de l'aide sur la santé des aidants retraités particulièrement prononcé, en raison des fragilités qui s'accumulent aux âges avancés de la vie, l'aide venant jouer le rôle de catalyseur de ces différents risques.

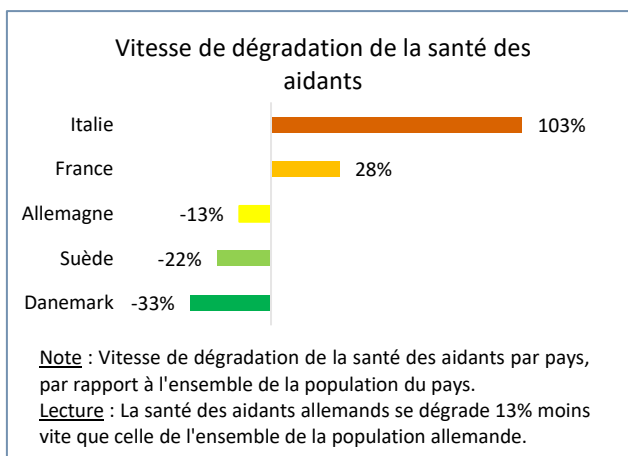
On observe **qu'arrêter d'aider permet de ralentir cette dégradation** de la santé, en particulier chez les actifs, ces derniers peuvent se remettre de l'aide et ses effets, tandis que les retraités subissent plus **fortement et durablement une dégradation de leur état de santé !**



Quatrième résultat : La dégradation de la santé des aidants est d'autant plus forte que le recours à des services professionnels d'aide est difficile

Les effets sur la santé et le travail des aidants sont moindres lorsque l'offre d'aide professionnelle est plus importante.

Les pays nordiques et scandinaves se distinguent par leurs approches de l'aide : en finançant de manière plus importante par la collectivité le recours à certains services professionnels, ils permettent ainsi de **décharger partiellement les proches-aidants** d'une partie de leur fardeau. Il en résulte une moindre population aidante intensive.



Au contraire, l'approche française vise à permettre aux aidants de **réduire plus facilement leur temps de travail** dans leur activité professionnelle pour se consacrer à leur proche. Ces deux approches, **externaliser ou moins travailler**, mènent à des effets très différents sur la santé au long d'un axe Nord-Sud très clair, avec le Danemark et la Suède d'un côté, l'Italie de l'autre, et l'Allemagne et la France en pays intermédiaires, et un effet négatif croissant sur la santé le long de cet axe.

On observe ainsi que la santé des aidants italiens se dégrade 103% plus vite que celle de l'ensemble de la population italienne, soit 2 fois plus vite, tandis que la santé des aidants danois semble, elle, être bien mieux préservée (-33%), ce qui tend à indiquer que l'ensemble des politiques mises en place **permet aux plus fragiles d'avoir recours à des solutions autres** que leur propre et forte implication dans l'aide.