

LES DOSSIERS DE LA DREES

N° 122 • octobre 2024

Sous embargo jusqu'au 2 octobre 2024 à 6h

Perte d'autonomie : quels effets sur la santé des proches aidants ?

Analyses à partir de l'enquête CARE-Ménages

Léa Toulemon (Institut des politiques publiques)

Perte d'autonomie : quels effets sur la santé des proches aidants ?

Analyses à partir de l'enquête CARE-Ménages

Léa Toulemon (Institut des politiques publiques)

Remerciements : L'autrice remercie Emmanuelle Nauze-Fichet (DREES) et Delphine Roy (DREES, Institut des politiques publiques) pour leur relecture et leurs commentaires

Retrouvez toutes nos publications sur : drees.solidarites-sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur : data.drees.solidarites-sante.gouv.fr

SYNTHESE

Dans un contexte de vieillissement de la population et de souhait de soutenir le maintien à domicile, les besoins d'aide vont connaître une forte augmentation dans les années à venir. Cette aide repose en grande partie sur les proches des personnes en perte d'autonomie et n'est pas sans conséquences sur leur vie. Ce *Dossier de la DREES* se concentre sur les conséquences sur leur santé, en mobilisant l'enquête Vie quotidienne et santé (VQS) réalisée par l'Insee en 2014, et les enquêtes CARE-Ménages réalisées en 2015 par la DREES, deux enquêtes menées auprès des 60 ans ou plus vivant à domicile.

Parmi les personnes aidant régulièrement une personne âgée de 60 ans ou plus, une sur deux déclare que l'aide apportée a une conséquence sur sa santé

3,9 millions de personnes aident un proche de 60 ans ou plus à son domicile (Besnard, et al., 2019). 47 % de ces proches aidants déclarent au moins une conséquence de l'aide apportée sur leur santé : 19 % déclarent au moins une conséquence sur leur santé physique (fatigue physique, trouble du sommeil, problème de dos ou palpitations) et 37 % déclarent au moins une conséquence sur leur santé mentale (fatigue morale, solitude, se sentir dépressif, anxieux).

Les aidants déclarent plus de conséquences si le lien avec la personne aidée est proche (conjoint ou enfants), si la personne aidée a des troubles cognitifs et s'ils cohabitent avec elle. Plus de conséquences sont également citées par les aidants qui effectuent des tâches variées auprès du senior et qui ont l'impression de faire des sacrifices, de manquer de temps, de répit et de formation. Enfin, les femmes déclarent plus de conséquences sur leur santé, en particulier les conjointes et, dans une moindre mesure, les filles aidantes.

Au sein des personnes âgées de 60 ans ou plus, les aidants déclarent un meilleur état de santé que les personnes qui n'aident pas, ce qui peut refléter une autosélection : il est plus facile d'aider quand on est soi-même en bonne santé.

Pour apprécier si les proches aidants sont en moins bonne santé que les non-aidants, on utilise l'enquête VQS qui permet de distinguer, au sein des personnes âgées de 60 ans ou plus, celles qui déclarent aider régulièrement une personne de leur entourage pour les tâches de la vie quotidienne. Il apparaît que les seniors aidants se déclarent en moyenne en meilleure santé que les autres personnes des mêmes âge et genre.

Ainsi, 8 % se déclarent en mauvaise ou en très mauvaise santé, contre 14 % des autres seniors, soit au total 6 points d'écart. Même en contrôlant de divers effets, dont l'âge et le genre, le constat d'écart demeure : les seniors aidants déclarent un meilleur état de santé que les seniors qui ne sont pas aidants (-4 points). Ce paradoxe apparent pourrait s'expliquer par un effet de comparaison avec la personne aidée, mais aussi et surtout par un effet de sélection : les personnes en bonne santé sont plus susceptibles d'aider.

Toujours au sein des seniors, par ailleurs, les aidants ne se distinguent pas des non-aidants du point de vue de leur état de santé mentale ou de leur consommation de médicaments psychotropes.

En revanche, les seniors cohabitant avec une personne en perte d'autonomie ont une santé plus dégradée que les autres seniors.

Pour contourner l'effet de sélection et se concentrer sur des personnes potentiellement plus touchées, on s'intéresse aux personnes de 60 ans ou plus qui cohabitent avec une personne en perte d'autonomie. Les seniors qui cohabitent avec une personne en perte d'autonomie, qu'ils déclarent ou non l'aider, ont deux fois plus de chance de se déclarer en mauvaise ou en très mauvaise santé que les autres seniors (24 % contre 12 %). Cet écart demeure lorsqu'on les compare aux non-aidants des mêmes âge et genre (-9 points). Les seniors qui cohabitent avec une personne en perte d'autonomie ont également des scores de santé mentale nettement inférieurs à ceux des autres seniors et ils consomment davantage de médicaments psychotropes. Ainsi, 35 % des seniors qui cohabitent avec une personne en perte d'autonomie pourraient présenter des syndromes dépressifs et 39 % d'entre eux ont consommé au moins une fois un médicament anxiolytique ou antidépresseur dans l'année. Les autres seniors ne sont que 14 % à être à risque de syndromes dépressifs et 27 % à consommer des médicaments antidépresseurs ou anxiolytiques. En tenant compte de l'âge et du genre, on constate que cohabiter avec une personne en perte d'autonomie est associé à un risque de symptômes dépressifs deux fois plus élevé et à une probabilité d'environ un tiers plus élevée de consommer au moins un antidépresseur ou anxiolytique pour les personnes de 60 ans ou plus.

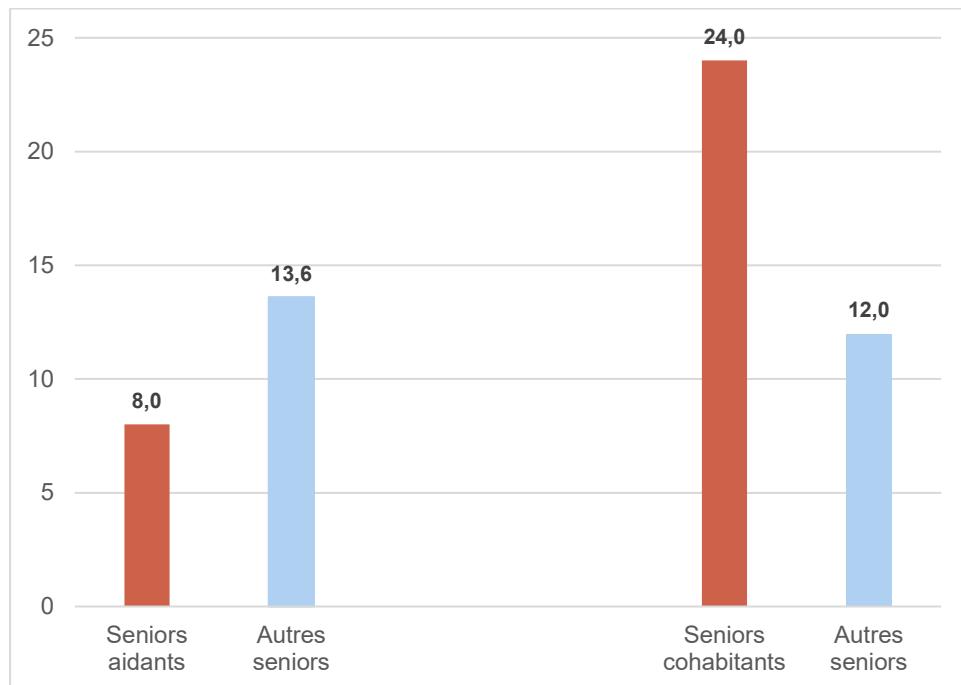
Ces résultats ne permettent pas d'établir de lien de cause à effet à proprement parler, mais ils suggèrent qu'avoir un proche en perte d'autonomie non seulement pourrait affecter la santé des aidants, mais aussi celle de tous ceux qui vivent avec elle, quand bien même ils ne déclarent pas lui apporter d'aide.

Apporter de l'aide à un proche semble avoir des effets plus négatifs sur les femmes que sur les hommes

Ce *Dossier de la DREES* s'intéresse enfin à un fait stylisé récurrent dans la littérature sur les effets de l'aide : l'aide semble avoir des effets plus négatifs sur la santé des femmes que sur celle des hommes. Nos analyses le corroborent également : le nombre moyen de conséquences négatives sur leur santé que les femmes déclarent du fait de l'aide qu'elles apportent à un senior en perte d'autonomie est significativement plus important que celui que les hommes aidants déclarent. Le fait d'aider semble même être associé à un meilleur état de santé pour les hommes, à l'aune de certains indicateurs de santé. Nous explorons des explications potentielles de ces différences de genre (nature de l'aide apportée, plus grande difficulté à combiner aide et activité domestique, biais de déclaration), mais aucune ne semble probante.

Graphique A Part des seniors aidants ou cohabitants qui se déclarent en mauvaise santé

En %



Lecture > 8,0 % des seniors aidants se déclarent être en mauvaise ou en très mauvaise santé, contre 13,6 % des seniors qui ne sont pas aidants. 24 % des seniors qui cohabitent avec une personne en perte d'autonomie déclarent être en mauvaise ou en très mauvaise santé, contre 12 % des seniors qui ne vivent pas avec une personne en perte d'autonomie.

Champ > France métropolitaine, personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile.

Source > DREES, enquête CARE-Ménages 2015, Insee, enquête VQS.

SOMMAIRE

■ INTRODUCTION	2
Que sait-on sur la santé des aidants ?	2
■ DONNÉES ET MESURES	3
Données : les enquêtes VQS 2014 et CARE-Ménages	3
Mesures de la perte d'autonomie	3
■ L'ÉVALUATION DES EFFETS DE L'AIDE PAR LES PROCHES AIDANTS EUX-MÊMES	4
Variables utilisées et spécifications.....	4
Les filles et les conjointes aidantes déclarent le plus de conséquences	5
Les personnes qui aident un senior avec des difficultés cognitives déclarent plus d'effets sur leur santé	5
Plus l'aide effectue de tâches, plus les conséquences sur la santé sont nombreuses.....	6
Ceux qui aident seuls, qui manquent de temps et auraient besoin de répit déclarent plus de conséquences sur leur santé.....	6
■ SPÉCIFICITÉS DE LA CONSOMMATION DE SOINS DES AIDANTS ÂGÉS	7
Utiliser l'enquête CARE-Ménages « à l'envers »	7
Avantages et inconvénients de l'approche.....	7
Cohabiter avec une personne en perte d'autonomie	7
Liens entre aide et état de santé déclaré	9
La santé mentale des aidants âgés	10
Moins de visites chez le médecin pour les aidantes âgées	11
Pas d'écart de consommation de médicaments anxiolytiques ou antidépresseurs entre les personnes âgées aidantes et non aidantes	12
Mortalité des seniors aidants.....	13
Aider ou cohabiter ?	14
■ UNE PLUS GRANDE VULNÉRABILITÉ DES FEMMES AIDANTES.....	15
Des résultats établis par la littérature	15
Nos résultats corroborent ces constats, mais sans expliquer les raisons de ces écarts.....	15
Des différences dans l'aide apportée ?	15
Une plus grande difficulté à combiner l'aide à la vie domestique ?	15
Une surdéclaration des problèmes de santé chez les femmes ?	15
■ CONCLUSION	16
■ POUR EN SAVOIR PLUS	17
Annexe 1. Résultats	18

■ INTRODUCTION

La société française connaît une croissance rapide de la proportion de personnes âgées, due au vieillissement des générations nombreuses issues du *baby-boom*. Les politiques publiques actuelles, en France comme à l'international, mettent l'accent sur le respect de la volonté des personnes âgées en perte d'autonomie quant à leur lieu de prise en charge et souhaitent aller dans le sens d'une désinstitutionnalisation. Ces politiques s'illustrent notamment par le terme de « virage domiciliaire », qui permettrait à la fois de réduire les coûts de la prise en charge et de favoriser le libre choix des personnes. Cela conduit à faire implicitement reposer une part importante de la charge de l'aide sur les proches des personnes en perte d'autonomie, devenus des aidants. Parallèlement, ces aidants sont devenus une population d'intérêt pour les politiques publiques et bénéficient d'une reconnaissance accrue de la part de l'État, comme en témoigne les stratégies nationales successives « Agir pour les aidants ».

Dans ce contexte, il importe de bien appréhender les conséquences que l'aide apportée à un proche peut avoir sur les aidants. Ces conséquences peuvent être multiples et concerter différents aspects de la vie du proche aidant. La littérature en sciences sociales s'est attachée à mettre en évidence deux types de conséquences majeures : celles sur l'activité professionnelle des aidants et celles sur leur santé. Cette étude s'inscrit dans cette seconde branche de la littérature, en utilisant une description riche de l'aide apportée et des besoins de la personne accompagnée pour tenter d'identifier les facteurs associés à une plus grande vulnérabilité des aidants vis-à-vis de l'aide.

En utilisant le volet « aidants » de l'enquête CARE-Ménages (cf. partie *Données et mesures*), cette étude identifie qui se déclare le plus affecté par l'aide apportée. Nous retrouvons les résultats de la littérature : les femmes, qu'elles soient conjointes ou filles des personnes âgées dépendantes, déclarent systématiquement plus de conséquences sur leur santé. Partant de ce constat, nous utilisons la richesse de l'enquête pour tenter de l'expliquer. Les femmes déclarent-elles plus de conséquences parce que l'aide qu'elles apportent diffère ? Ont-elles une perception différente de l'aide qu'elles apportent ?

Pour compléter ces analyses, nous utilisons le volet « seniors » de l'enquête CARE-Ménages, en nous intéressant aux seniors interrogés qui sont eux-mêmes aidants ou qui cohabitent avec une personne en situation de perte d'autonomie. L'enquête VQS permet d'identifier la présence d'une personne en perte d'autonomie dans le ménage. Les appariements fournis permettent d'explorer d'autres conséquences de l'aide sur la santé, comme les effets sur la consommation de soins (consultations et consommation de médicaments) et d'éventuels effets sur la mortalité.

Que sait-on sur la santé des aidants ?

De nombreuses études se sont attachées à étudier les effets de l'aide sur la santé. Une revue systématique (Bom, 2018) propose une synthèse des canaux de causalité identifiés. L'aide a des effets négatifs à court terme sur la santé mentale et physique des proches aidants. Quand une personne aide un proche, la prise de médicaments augmente, ainsi que le signalement de douleurs. L'amplitude des effets dépend des groupes d'aidants considérés : les femmes, les aidants mariés à la personne aidée et les personnes qui fournissent une aide intensive sont les plus touchés.

Des résultats similaires ont été mis en évidence grâce à l'enquête CARE-Ménages. Ainsi, Besnard, *et al.* (2019) montrent que les conjoints et les enfants cohabitants déclarent plus souvent des conséquences de l'aide sur leur santé. Les auteurs soulignent l'impact sur la santé du nombre de types de tâches effectuées par l'aidant, qui peut être un *proxy* pour l'intensité de l'aide. Des travaux qualitatifs (Banens, 2015) et quantitatifs (Besnard, *et al.*, 2019) soulignent aussi la particularité des conjointes de personne âgée dépendante, qui semblent être dans une position particulièrement fragile par rapport aux autres aidants de personnes âgées.

Cette étude s'attache à identifier ce qui amène les aidants à déclarer des conséquences sur leur santé, avec une attention particulière aux écarts de genre, qui restent mal compris. La description précise de l'aide apportée fournie dans le volet « aidants » de l'enquête CARE-Ménages est utilisée pour voir si certains aspects concernant l'aidé, l'aidant ou la charge ressentie liée à la relation d'aide expliquent les écarts entre femmes et hommes quant aux conséquences sur la santé. Pour continuer à explorer les conséquences de l'aide sur la santé, nous mobilisons ensuite le volet « seniors » de l'enquête CARE-Ménages et nous intéressons aux seniors qui déclarent apporter une aide à quelqu'un, pour élargir à d'autres indicateurs de santé que les conséquences rapportées et comparer les aidants au reste de la population (sur le champ des seniors).

DONNÉES ET MESURES

Données : les enquêtes VQS 2014 et CARE-Ménages 2015

Nous utilisons deux enquêtes : l'enquête Vie quotidienne et santé (VQS) réalisée par l'Insee en 2014 et l'enquête Capacités, Aides et Ressources des seniors (CARE) réalisée par la DREES en 2015 auprès de personnes âgées de 60 ans ou plus, dites seniors, vivant à domicile. On parle plus précisément de l'enquête CARE-Ménages, sachant qu'une enquête CARE-Institutions a été réalisée ensuite, en 2016, auprès de seniors vivant en établissement pour personnes âgées. Dans les deux enquêtes CARE, on interroge d'abord les seniors (volet « seniors »), puis les proches aidants qu'ils ont déclarés (volet « aidants »). Ces enquêtes sont documentées dans plusieurs publications de la DREES (par exemple Brunel, Carrère, 2017).

L'enquête VQS documente les conditions de vie des personnes vivant à domicile, notamment leurs difficultés à réaliser les activités de la vie quotidienne. L'un des objectifs de cette enquête est de servir de filtre pour l'enquête CARE-Ménages menée sur le champ des 60 ans et plus. À partir d'un large échantillon de la population (170 000 répondants), l'enquête VQS identifie des personnes de 60 ans ou plus en perte d'autonomie, ce qui permet ensuite à l'enquête CARE-Ménages de les surreprésenter. Nous appariions ces deux enquêtes pour bénéficier d'une information sur les personnes de 60 ans ou plus, en perte d'autonomie ou non, inclus dans l'enquête CARE-Ménages, mais également sur les besoins de tous les membres du ménage auquel elles appartiennent, identifiés à partir de l'enquête VQS. Quelques mois séparent les deux enquêtes : l'enquête VQS a eu lieu d'août 2014 à janvier 2015 et CARE-Ménages de mai à octobre 2015. Les informations sur les membres du ménage sont donc un peu décalées dans le temps par rapport aux données de CARE-Ménages.

Nous utilisons également deux enrichissements de CARE-Ménages pour obtenir des informations sur le statut vital des seniors enquêtés, à distance de l'enquête, et sur leur consommation de médicaments.

Plus précisément, l'enquête CARE-Ménages a été appariée avec la Base des répertoires des personnes physiques (BRPP) de l'Insee, en utilisant le numéro d'inscription au répertoire (NIR) des seniors et leur état civil, collectés dans l'enquête. C'est cet appariement qui permettra de suivre la mortalité des seniors enquêtés sur une durée de 15 ans ; nous disposons déjà d'un suivi jusqu'en 2021.

Concernant la consommation de médicaments, c'est un appariement avec le Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (SNIIRAM) qui fournit des informations sur les consommations qui ont été remboursées par l'Assurance maladie l'année de l'enquête (2015).

Mesures de la perte d'autonomie

Plusieurs indicateurs peuvent être mobilisés dans CARE-Ménages pour mesurer la perte d'autonomie, dont les limitations fonctionnelles (sensorielles, physiques et cognitives), les limitations dans les activités de la vie quotidienne (AVQ), comme se laver, s'habiller, couper la nourriture ou se servir à boire, et les limitations dans les activités instrumentales de la vie quotidienne (IAVQ), comme faire des courses, préparer les repas, faire les tâches ménagères courantes. Dans les analyses portant sur la santé de l'aidant, le détail des limitations fonctionnelles est privilégié pour mesurer la nature de la perte d'autonomie du senior aidé. Les limitations d'activités, également fournies par l'enquête, ont un pouvoir explicatif similaire pour mesurer l'effet du degré de perte d'autonomie de l'aidé sur les conséquences sur la santé de l'aidant, mais retenir les limitations fonctionnelles de l'aidé permet de mieux analyser le lien entre les tâches réalisées par l'aidant et les conséquences sur sa propre santé. En effet, lorsque l'on retient comme variables explicatives les indicateurs retracant les limitations dans les activités de l'aidé, on peut craindre une corrélation plus importante entre les difficultés de l'aidé à effectuer une tâche et le fait d'avoir de l'aide pour cette tâche ; cela qui rend l'interprétation des modèles plus difficiles. Par exemple, une personne aidée pour les courses pourrait être plus enclue à déclarer ne pas pouvoir le faire seule dans l'enquête CARE-Ménages.

Dans certaines analyses, nous souhaitons utiliser un indicateur agrégé unidimensionnel qui mesure le degré d'autonomie de chacun des membres du ménage auquel appartient un senior. Nous pouvons le calculer à partir du questionnaire de l'enquête VQS, qui interroge tous les membres du ménage tel qu'il est composé au moment de l'enquête. Comme nous nous intéressons au lien entre la santé du senior et l'aide qu'il apporte ou non à ses proches, nous ne pouvons pas utiliser le score VQS habituel pour caractériser la perte d'autonomie de ses proches, car celui-ci inclut le recours à l'aide humaine et technique (Brunel, Carrère, 2019). Nous utilisons donc un score proposé par Brunel et Carrère (2019), qui mesure la perte d'autonomie sans tenir compte de l'aide humaine reçue. Pour chacune des limitations listées concernant potentiellement le proche, on comptabilise entre zéro et douze points, selon la réponse : absence de difficulté, un peu de difficultés, beaucoup de difficultés, impossibilité de faire¹. Le score est ensuite normalisé pour être compris entre 0 (senior très autonome) et 100 (senior avec une perte d'autonomie sévère). Une personne dont le score est supérieur à 40 sera considérée comme en perte d'autonomie et ayant donc potentiellement besoin d'aide.

¹ Les scores associés à chaque réponse dépendent de la limitation considérée, selon l'impact sur la vie quotidienne. Par exemple, être dans l'incapacité de se laver est associé à 12 points, alors que n'être pas capable de lever le bras est associé à 6 points.

■ L'ÉVALUATION DES EFFETS DE L'AIDE PAR LES PROCHES AIDANTS EUX-MÊMES

Variables utilisées et spécifications

Pour tenter de mieux comprendre ce qui affecte la santé des aidants, nous utilisons le volet « aidants » de l'enquête CARE-Ménages. L'information utilisée est la question posée aux aidants sur les conséquences de l'aide apportée sur leur propre santé. Nous reprenons le score établi par Besnard, *et al.* (2019) qui utilise le nombre de conséquences déclarées, parmi celles proposées dans l'enquête (*encadré 1*).

Encadré 1 | Les conséquences déclarées par les aidants

La question incluse dans le volet « aidants » concernant les conséquences sur la santé est la suivante :

Je vais vous citer/présenter une liste de conséquences que l'aide que vous apportez à [SENIOR] peut avoir sur votre santé. Dites-moi si elles vous concernent actuellement (plusieurs réponses possibles) :

1. vous ressentez une fatigue physique ;
2. vous avez des troubles du sommeil ;
3. vous êtes moralement fatigué(e) ou découragé(e) ;
4. vous vous sentez parfois seul(e) ;
5. vous vous sentez dépressif(ve) ;
6. vous vous sentez anxieux(se), stressé(e), surmené(e) ;
7. vous avez des problèmes de dos ;
8. vous avez des palpitations, de la tachycardie ;
9. d'autres conséquences sur votre santé ;
10. aucune conséquence sur votre santé.

On considère qu'un aidant déclare au moins une conséquence négative de l'aide apportée sur sa santé s'il coche au moins une des modalités ci-dessus (hors modalité 10). On utilise aussi le nombre de conséquences déclarées, parmi les conséquences 1 à 9.

47 % des 6 201 aidants répondants déclarent au moins une conséquence sur leur santé. Les aidants qui déclarent au moins une conséquence en déclarent en moyenne trois. 19 % des aidants déclarent au moins une conséquence sur leur santé physique (fatigue physique, trouble du sommeil, problème de dos ou palpitations) et 37 % déclarent au moins une conséquence sur leur santé mentale (fatigue morale, solitude, se sentir dépressif, anxieux).

Pour mieux comprendre les déterminants des conséquences de l'aide sur la santé de l'aidant, nous menons une analyse multivariée pour isoler l'effet de chaque facteur. Les facteurs considérés sont :

- les caractéristiques de l'aidé et de l'aidant : âge, genre, relation entre l'aidé et l'aidant ;
- le niveau de perte d'autonomie du senior : détail des limitations fonctionnelles (variables binaires) ;
- les caractéristiques objectives de l'aide apportée : fréquence, tâches effectuées.

Dans une analyse complémentaire, nous ajoutons des variables potentiellement endogènes, au sens où elles pourraient être affectées par les conséquences sur la santé de l'aidant. Ces variables concernent la perception de l'aide par l'aidant (charge ressentie et appréciation morale sur l'aide), la possibilité ou le besoin de répit et de formation, et les conséquences de l'aide sur d'autres aspects de la vie de l'aidant (travail et relations).

Nous utilisons la méthode des moindres carrés ordinaires (MCO)², avec des erreurs clustérisées au niveau du groupe d'aidants d'un même senior, pour tenir compte du fait que l'échantillon d'aidants est constitué à partir de l'échantillon des seniors (Abadie *et al.*, 2023). Nous pondérons avec les poids « aidants » fournis par l'enquête CARE-Ménages. Tous les résultats sont reportés en Annexe 1 (*tableau 1*).

² On aurait pu procéder en deux temps, en estimant la probabilité de déclarer au moins une conséquence, puis le nombre de conséquences. Ces modèles donnent des résultats qualitativement similaires au modèle en MCO. Une autre limite de notre modélisation est que le nombre de conséquence n'est pas une donnée numérique, au sens où chaque conséquence n'a pas nécessairement le même poids. Cependant, le nombre de combinaisons de conséquences est trop grand par rapport à la taille de l'échantillon pour envisager un modèle utilisant toutes les combinaisons. On garde les MCO pour résumer les effets dans un modèle unique.

Les filles et les conjointes aidantes déclarent le plus de conséquences

Comme établi par des travaux précédents (Besnard, *et al.*, 2019), les caractéristiques de la personne aidée et sa relation avec l'aidant jouent sur la probabilité de déclarer des conséquences.

Nous commentons uniquement les résultats significatifs. Le modèle 1 (Annexe 1, *tableau 1*) examine l'effet des caractéristiques du senior et de l'aidant. L'âge du senior est associé à moins de conséquences, si on contrôle l'effet lié au niveau de limitations fonctionnelles. En revanche, le genre du senior n'a pas de rôle. Les conjoints et les enfants ne déclarent pas plus de conséquences que les autres aidants. Pour les aidants qui ne sont pas de la famille proche de l'aidé, le genre n'influence pas le fait de déclarer ou non une conséquence. En revanche, parmi les enfants, les filles déclarent plus de conséquences que les fils (+0,67), et parmi les personnes qui aident un conjoint, les femmes déclarent plus de conséquences que les hommes (+1,18).

Une fois tenu compte des relations entre senior et aidant, le fait de cohabiter avec le senior est lié à plus de conséquences déclarées en moyenne (+0,29). L'âge de l'aidant n'a pas d'effet significatif sur le fait de déclarer des conséquences.

Les personnes qui aident un senior avec des difficultés cognitives déclarent plus d'effets sur leur santé

Pour appréhender le niveau d'autonomie sans tenir compte de l'aide apportée, on utilise les limitations fonctionnelles incluses dans l'enquête CARE-Ménage :

Les indicateurs de la perte d'autonomie retenus sont le fait d'avoir beaucoup de difficultés pour, ou de ne pas pouvoir :

■ Limitations sensorielles :

- lire des caractères ;
- voir un visage ;
- entendre une personne dans une pièce silencieuse ;
- entendre ce qui se dit dans une conversation à plusieurs personnes (avec un appareil auditif éventuellement).

■ Limitations physiques :

- mordre et mâcher des aliments durs ;
- marcher 500 mètres sur un terrain plat sans aide ;
- monter et descendre un escalier ;
- lever le bras ;
- se servir de ses mains ;
- s'agenouiller sans aide
- porter un sac de cinq kilos sur une distance de 10 mètres.

■ Limitations cognitives :

- se souvenir du moment de la journée ;
- avoir des trous de mémoire ;
- se concentrer dix minutes ;
- résoudre les problèmes de la vie quotidienne ;
- comprendre et se faire comprendre ;
- nouer des relations avec les autres.

Pour deux items, la formulation est différente. On considère le fait de déclarer, souvent :

- se voir reprocher d'être agressif ;
- se mettre en danger.

Le fait que chaque limitation de l'aidé listée ne renforce pas la probabilité de déclarer des conséquences sur la santé de l'aidant est dû à leur forte corrélation. Prise isolément, chaque limitation a un effet important sur le fait de déclarer une conséquence. Le fait de les inclure toutes ensemble dans notre analyse permet de déterminer les-quelles d'entre elles sont particulièrement importantes pour la santé déclarée des aidants. Parmi les limitations considérées, le fait d'aider quelqu'un ayant des difficultés à lire augmente de 0,26 le nombre de conséquences déclarées, mais le fait d'aider quelqu'un ayant des difficultés à reconnaître les visages n'a pas d'effet significatif. Les deux mesures de l'audition n'ont pas d'effet significatif. Les limitations sensorielles sont conjointement significatives.

Parmi les limitations motrices considérées, deux ont un effet significatif sur la probabilité de déclarer une conséquence sur la santé : ne pas pouvoir marcher 500 mètres sans aide (+0,39) et ne pas pouvoir porter un poids de cinq kilos sur 10 mètres (+0,27). Les autres limitations motrices n'ont pas d'effet significatif. Les limitations cognitives liées à des troubles de la mémoire ont des effets importants. Ainsi, le fait d'avoir souvent des trous de mémoire augmente de 0,39 le nombre de conséquences déclarées. Le fait d'avoir des difficultés à résoudre les problèmes de la vie quotidienne est également lié à une augmentation des conséquences sur la santé (+0,38). Les personnes qui aident quelqu'un à qui on reproche souvent d'être agressif déclarent plus de conséquences (+0,81).

Plus l'aidant effectue de tâches, plus les conséquences sur la santé sont nombreuses

Les caractéristiques objectives de l'aide sont ajoutées à la régression (Annexe 1, *tableau 1, modèle 2*). Le fait d'aider tous les jours augmente de 0,25 le nombre de conséquences rapportées. Parmi les tâches effectuées par les aidants, le fait d'aider un proche à se déplacer dans le logement augmente le nombre de conséquences déclarées (+0,52). Le fait de bricoler, de s'occuper des démarches administratives et des rendez-vous médicaux, ou de faire le ménage est associé au fait de déclarer plus de conséquences. Ces résultats rejoignent ceux de Besnard, *et al.* (2019), qui montrent que le nombre de tâches effectuées augmente la probabilité de déclarer des conséquences.

Quand on ajoute le détail des tâches effectuées par l'aidant et la fréquence de l'aide apportée, les coefficients sur les variables décrivant aidant et aidé bougent peu, à l'exception de la variable signalant une vie en commun de l'aidant avec le senior aidé. Si vivre avec le senior aidé était associé à plus de conséquences sur la santé de l'aidant dans le modèle initial, il est maintenant associé à moins de conséquences. En effet, les aidants cohabitant réalisent plus de tâches, ce qui les rend plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé liés à l'aide. Une fois qu'on contrôle de l'effet lié au nombre de tâches, les aidants cohabitants déclarent plutôt moins de conséquences sur leur santé que les autres aidants qui réalisent les mêmes tâches et aident à la même fréquence. En revanche, même après avoir introduit ces variables de contrôle supplémentaires, les filles et les conjointes déclarent toujours plus de conséquences négatives sur leur santé que les fils et les conjoints.

Ceux qui aident seuls, qui manquent de temps et auraient besoin de répit déclarent plus de conséquences sur leur santé

L'ajout de variables subjectives sur la perception de l'aide, le besoin de formation ou de répit et la charge ressentie éclaire sur les facteurs liés à des effets négatifs de l'aide sur la santé (Annexe 1, *tableau 1, modèle 3*).

Sans surprise, le fait de se sentir seul pour répondre aux besoins de l'aidant et celui de faire des sacrifices pour aider augmentent le nombre de conséquences déclarées. Les personnes qui considèrent que l'aide est utile déclarent moins de conséquences, ainsi que celles qui disent n'avoir pas besoin de répit. À l'inverse, les aidants qui disent manquer de répit déclarent en moyenne plus de conséquences (+0,53). Les aidants qui disent avoir besoin d'une formation ou de davantage de temps pour soi déclarent également plus de conséquences.

Concernant la relation avec le senior, si l'appréciation de la relation dans l'absolu n'a pas d'effet significatif, le fait de déclarer une détérioration de la relation liée à l'activité d'aide est associé à plus de conséquences. Concernant les effets sur les autres relations de l'aidant, sur les relations familiales (conjoint, enfant, famille), le fait que l'aide ait un impact sur ces relations est toujours associé à plus de conséquences, même quand l'impact sur les relations est positif. En revanche, les personnes qui déclarent s'être rapprochées de leurs amis déclarent moins de conséquences (-0,55). Les personnes qui déclarent avoir réduit leurs sorties associatives et leurs départs en week-end sont, au contraire, plus susceptibles d'identifier des conséquences de l'aide sur leur santé.

Les variables associées à des impacts sur le travail n'ont pas de lien avec les conséquences déclarées sur la santé.

■ SPÉCIFICITÉS DE LA CONSOMMATION DE SOINS DES AIDANTS ÂGÉS

Utiliser l'enquête CARE-Ménages « à l'envers »

Dans cette section, une autre approche est utilisée : à partir du volet « seniors » (et non plus « aidants ») de l'enquête CARE-Ménages, comparer la santé des seniors qui déclarent aider quelqu'un dans leur vie quotidienne à la santé des seniors qui ne le déclarent pas. Nous utilisons donc l'enquête « à l'envers », en nous intéressant non plus aux aidants des seniors, mais aux seniors qui sont eux-mêmes aidants.

Les seniors sont interrogés sur le fait d'aider quelqu'un pour les tâches de la vie quotidienne, sans que l'on dispose via le questionnaire de plus de détail sur cette aide. Ainsi, 1 388 seniors interrogés aident un proche, ce qui représente 19 % de l'échantillon, en tenant compte des poids. La question utilisée est la suivante :

« Apportez-vous vous-même à une ou plusieurs personnes de votre entourage (conjoint, famille, ami), en raison de leur état de santé, d'un handicap ou de leur âge... une aide pour les tâches de la vie quotidienne ? »

Les seniors peuvent répondre par oui ou par non.

Cette approche permet également d'identifier les seniors qui cohabitent avec une personne en perte d'autonomie, grâce à l'enquête filtre VQS, qui interroge tous les membres du ménage auquel appartient le senior interrogé dans CARE-Ménages et qui renseigne sur leur degré de perte d'autonomie.

Avantages et inconvénients de l'approche

L'approche par les seniors de CARE-Ménages présente plusieurs avantages. Elle permet de raisonner « en population générale » parmi les personnes âgées de 60 ans ou plus et on dispose de nombreuses informations sur l'état de santé des seniors, aidants ou non. On pourra donc tester l'hypothèse selon laquelle les aidants âgés sont en plus mauvaise santé que les personnes de leur âge. L'approche « à l'envers » offre la possibilité de s'intéresser à d'autres indicateurs. Ainsi, le volet « aidants » de l'enquête ne récolte pas d'informations sur la mortalité des aidants ou leur consommation de soins, informations qui sont disponibles pour les seniors de CARE-Ménages *via* les appariements.

Cette approche présente quelques inconvénients. Elle s'appuie sur un échantillon de taille relativement faible, puisqu'on ne bénéficie pas d'un suréchantillonnage des personnes aidées, comme pour les aidants des personnes âgées interrogées. Un autre inconvénient est l'information très sommaire sur l'aide (on sait seulement si le senior aide ou non, sans aucun détail sur la personne aidée ou l'aide apportée). Enfin, la difficulté de cette analyse est qu'en l'absence de données longitudinales, qui permettrait de mesurer la santé déclaré du senior avant qu'il commence à apporter une aide puis après, on ne peut pas traiter les éventuels biais de sélection parmi la population des aidants. Quand on utilise le volet « aidants », les aidants eux-mêmes déterminent si l'aide a des conséquences sur leur santé, donc le lien de causalité est bien capté, même s'il repose sur leur appréciation. Dans l'utilisation « à l'envers » de CARE-Ménages, les liens mis en évidence entre aide et état de santé restent des corrélations et ne peuvent être interprétés de manière causale.

Cohabiter avec une personne en perte d'autonomie

Le *healthy worker effect* désigne le fait qu'on trouve des personnes en meilleure santé dans les emplois aux conditions les plus difficiles, ce qui peut biaiser les analyses des effets des conditions de travail sur la santé (Eisen, et al., 2006). Cette sélection s'explique par le fait qu'une personne n'occupe un poste que si sa santé le permet. Par analogie, on peut supposer l'existence d'un *healthy carer effect* : une personne n'aide que si sa santé le permet, ce qui pourrait se traduire par une meilleure santé physique et mentale des aidants par rapport au reste de la population.

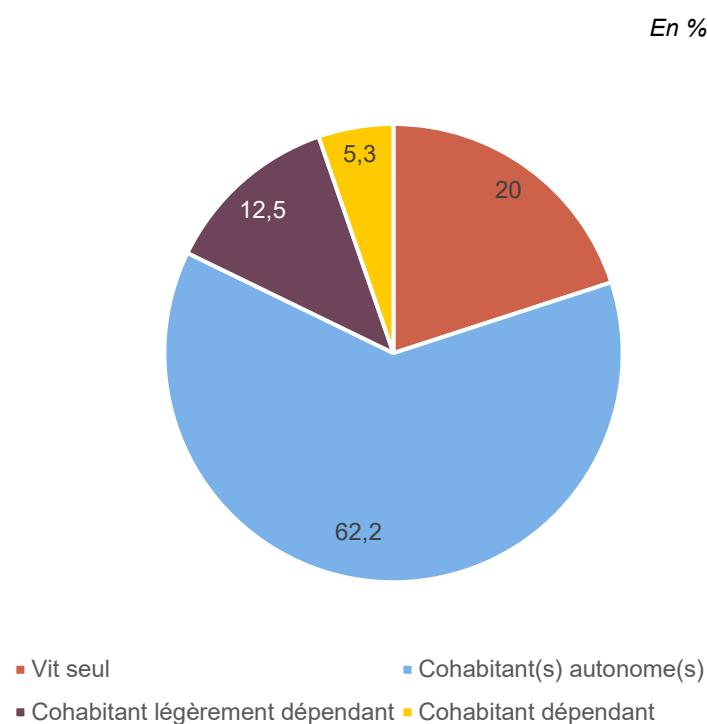
Pour limiter le biais de sélection dans l'aide et aller au-delà du fait de déclarer aider quelqu'un, nous nous intéressons au fait de cohabiter avec quelqu'un qui aurait potentiellement besoin d'aide, qu'il soit en perte d'autonomie ou en situation de handicap. En effet, des travaux précédents (Besnard, et al., 2019) montrent que les aidants qui cohabitent avec la personne aidée déclarent plus souvent des conséquences de santé.

Nous utilisons l'information sur les cohabitants contenue dans l'enquête VQS pour identifier les seniors de CARE-Ménages dont le ménage inclut au moins une personne en perte d'autonomie autre que le senior ensuite interrogé. Nous utilisons le score VQS pour mesurer la perte d'autonomie des membres des ménages, en considérant qu'une personne ayant un score au-delà de 40 a potentiellement besoin d'aide. Cette mesure de la présence d'une personne en perte d'autonomie dans le ménage, faite dans VQS, est imparfaite, puisqu'elle ne coïncide pas temporellement avec le moment où on le senior décrit sa santé et sa situation éventuelle d'aidant dans l'enquête CARE-

Ménages, qui se déroule plusieurs mois après. Nos résultats restent valides si on considère que ce décalage temporel n'introduit qu'un peu de bruit statistique dans la mesure des liens entre la santé individuelle et le fait de vivre avec une personne en perte d'autonomie, et éventuellement l'aider. Un autre aspect de la mesure étudiée est qu'elle regroupe des personnes en situation de handicap et en perte d'autonomie. Ici, on s'intéresse au potentiel besoin d'aide, donc on utilise la même échelle de mesure avant et après 60 ans : le score VQS. Les cohabitants qui ont un score VQS supérieur à 40 dans nos données sont 92,5% à avoir plus de 60 ans, on utilise donc le terme « en perte d'autonomie » dans ce qui suit.

Les personnes qui cohabitent avec une personne en situation de perte d'autonomie ne sont pas nécessairement aidantes, mais on suppose qu'ils peuvent être impactés par la cohabitation elle-même. Nous avons vu qu'en moyenne, 19 % des seniors de CARE-Ménages déclarent apporter une aide à quelqu'un dans la vie quotidienne. Ils sont 56 % parmi ceux qui cohabitent avec une personne dépendante (score VQS supérieur à 40). À l'inverse, les seniors de CARE-Ménages qui déclarent apporter une aide à quelqu'un ne cohabitent que peu avec la personne aidée (*graphique 1*). Seuls 5,3 % cohabitent avec une personne dépendante au moment de l'enquête VQS³ (score VQS supérieur à 40). 20,0 % des seniors aidants vivent seuls, 62,2 % vivent avec d'autres personnes dont aucune n'a un score VQS supérieur à 10. 12,5 % vivent avec au moins une personne ayant un score VQS supérieur à 10, mais inférieur à 40 (donc légèrement dépendante).

Graphique 1 Répartition des seniors aidants selon la présence de personnes en perte d'autonomie dans leur ménage



Lecture > 5,3 % des seniors qui se déclarent aidants cohabitaient avec une personne dépendante (score VQS supérieur à 40) au moment de l'enquête VQS.

Champ > France métropolitaine, personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile.

Source > DREES, enquête CARE-Ménages 2015 ; Insee, enquête VQS.

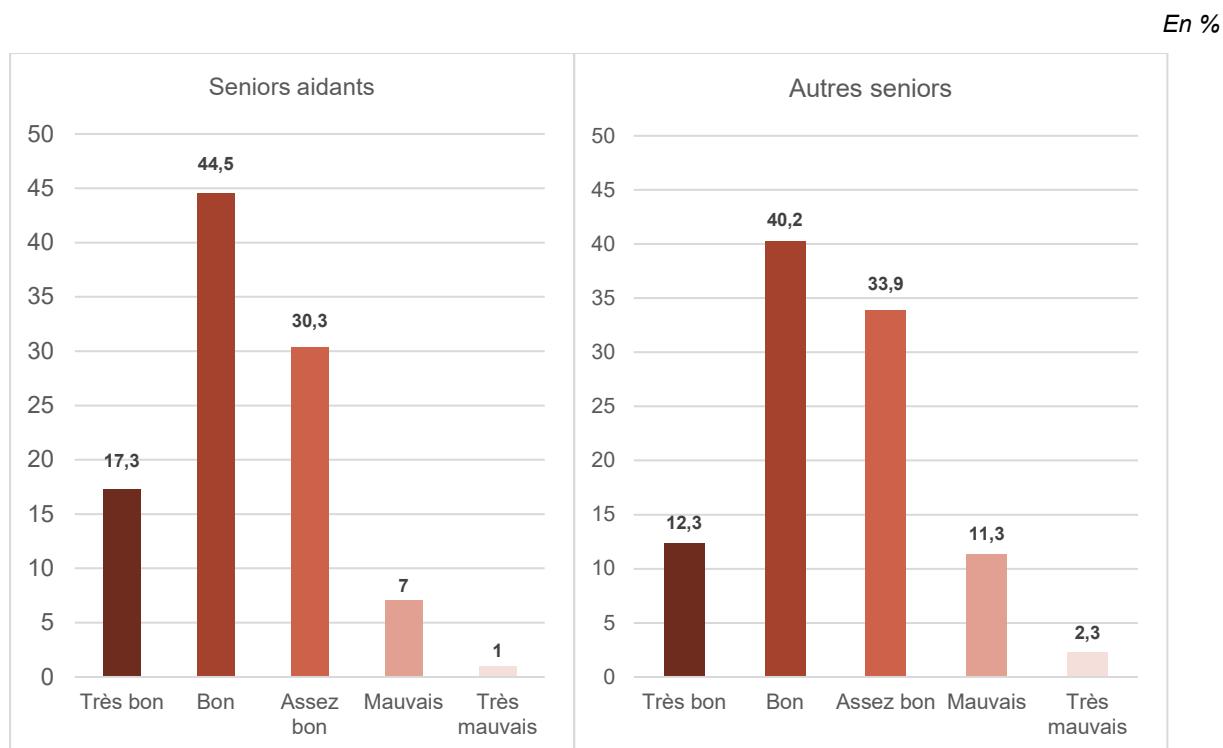
Dans le cas de l'aide à des personnes âgées, les cohabitants sont souvent les enfants et conjoints de la personne aidée. Ici, nous ne nous restreignons pas à ces cas et considérons le fait de cohabiter avec quelqu'un de dépendant ou handicapé, quel que soit le lien entre le senior de CARE-Ménages et la personne en perte d'autonomie. Pour la plupart des seniors de CARE-Ménages qui cohabitent avec une personne en perte d'autonomie, cette personne est leur conjoint (67 %). Les autres cohabitants en perte d'autonomie sont en général les parents, les enfants ou les frères et sœurs.

³ Ici, on utilise les informations issues des enquêtes VQS et CARE, qui ont lieu à quelques mois d'intervalle. Dans l'enquête CARE, on peut identifier les personnes qui vivent seules. Dans l'enquête VQS, on a le niveau de perte d'autonomie de tous les membres du ménage. On considère donc implicitement dans ce graphique qu'un senior qui ne vit pas seul au moment de l'enquête CARE habite toujours avec les personnes déclarées dans VQS comme cohabitantes, en perte d'autonomie légère (score VQS entre 10 et 40) ou en perte d'autonomie (score VQS supérieur à 40). Cette hypothèse peut s'avérer fausse dans certains cas, par exemple si le ménage comporte trois personnes, et que la personne qui était en perte d'autonomie dans VQS décède. Par contre, on identifie avec certitude la fraction d'aidants qui vivent seuls.

Liens entre aide et état de santé déclaré

Pour avoir un aperçu de l'état de santé des seniors de CARE-Ménages qui déclarent aider une personne pour les activités de la vie quotidienne, on s'intéresse d'abord à leur évaluation de leur propre état de santé. On utilise ici une question générale sur l'état de santé : « Comment est votre état de santé en général ? ».

Graphique 2 Répartition des seniors selon l'état de santé déclaré



Lecture > 17,3 % des seniors aidants déclarent être en très bonne santé.

Champ > France métropolitaine, personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile.

Source > DREES, enquête CARE-Ménages 2015.

Les seniors aidants ont tendance à se déclarer en meilleur état de santé que les autres seniors (graphique 2). Ainsi, ils sont seulement 1,0 % à se déclarer en très mauvaise santé et 7,0 % à se déclarer en mauvaise santé, contre respectivement 2,3 % et 11,3 % des autres seniors. Cela pourrait s'expliquer par un effet de comparaison avec la personne aidée, ou par le fait qu'une personne aura moins tendance à aider si elle est en mauvaise santé, ce que l'on désigne par le *healthy carer effect*.

Ces écarts bruts varient si on contrôle l'effet lié à certaines caractéristiques des seniors. Compte tenu des potentiels effets de l'aide sur différents aspects de la santé et d'un potentiel biais de sélection (*healthy carer effect*), on présente de simples comparaisons entre le groupe des aidants et des non-aidants, en tenant compte de l'âge et du genre. Pour mener cette analyse, on utilise la valeur associée à chaque état de santé, 1 pour « Très bon », 2 pour « Bon », 3 pour « Assez bon », 4 pour « Mauvais » et 5 pour « Très mauvais », de manière à avoir un indicateur synthétique. Plus l'indicateur est élevé, plus la personne est en mauvaise santé. On régresse ensuite cet indicateur sur des indicatrices âge x genre et sur le fait d'être aidant. On compare donc l'état de santé déclaré des seniors aidants à celui des autres seniors des mêmes âge et genre. L'écart entre aidants et non-aidants est significatif, négatif (les aidants sont donc en meilleure santé), et de magnitude relativement faible, il représente -0,15, soit 16 % de l'écart type de la distribution des scores d'état de santé sur l'ensemble de la population des seniors (qu'ils soient aidant ou non).

Pour évaluer la robustesse des résultats, on compare nos résultats à ceux obtenus en ajoutant des variables de contrôle sur certains aspects de la santé. On utilise les variables de santé qui semblent le moins liées à l'aide :

- les maladies déclarées dans CARE-Ménages, à l'exception de la dépression, des douleurs dans le dos et dans la nuque ;
- les affectations de longue durée (ALD), à l'exception des ALD psychiatriques ;
- le score VQS.

Les écarts entre seniors qui aident ou non restent significatifs (effet de -0,06), les seniors qui apportent une aide se déclarant en meilleure santé que les autres, même en tenant compte des écarts dans les maladies non liées à l'aide.

Quand on distingue les liens entre aide et santé déclarée selon le genre, on voit que l'effet va dans le même sens pour les femmes et les hommes. Il est supérieur pour les femmes (-0,20, significatif, contre -0,09, non significatif), mais très proche quand on contrôle l'effet lié aux maladies déclarées ou reconnues et au score VQS (-0,06 pour les femmes et -0,07 pour les hommes, non significatifs).

Quand on s'intéresse à l'état de santé déclaré des personnes cohabitant avec un proche en perte d'autonomie, les résultats sont différents. Les seniors qui cohabitent avec un proche en perte d'autonomie déclarent un état de santé plus dégradé que les autres seniors : ils sont 24 % à se déclarer en mauvaise ou en très mauvaise santé, contre 12 % des autres seniors de CARE-Ménages. En contrôlant l'effet de l'âge et du genre, l'écart d'état de santé déclaré est de 0,31 (un tiers de l'écart type) et similaire pour les femmes et les hommes, et la proportion de personnes en mauvaise santé est significativement différente. L'écart d'état de santé déclaré entre cohabitants et non-cohabitants reste significatif si on contrôle l'effet lié aux maladies déclarées ou reconnues et au score VQS.

Les seniors qui apportent une aide sont en meilleure santé que les seniors de même âge qui n'apportent pas d'aide. En revanche, ceux qui cohabitent avec une personne en perte d'autonomie déclarent des états de santé plus dégradés.

La santé mentale des aidants âgés

Cette partie utilise le score de santé mentale Mental Health 5 (MH5) [encadré 2], pour comparer les seniors de l'enquête CARE-Ménages selon qu'ils déclarent ou non aider quelqu'un. Un score strictement inférieur à 55 est associé à une probabilité élevée de présenter des syndromes dépressifs (Abdoul-Carime, 2020).

Encadré 2 | Le score MH5

L'index Mental Health – five items (MH5) est une sous-échelle du questionnaire de qualité de vie « SF-36 ». Les personnes interrogées dans CARE-Ménages répondent sur la fréquence de leur ressenti (en permanence/souvent/quelquefois/rarement/jamais).

« Au cours des quatre dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti :

- très nerveux ;
- si découragé que rien ne pouvait vous remonter le moral ;
- calme et détendu ;
- triste et abattu ;
- heureux ? »

On fait ensuite la somme des réponses, en attribuant des valeurs à chaque option : En permanence = 1 point ; Souvent = 2 points ; Quelquefois = 3 points ; Rarement = 4 points ; Jamais = 5 points. Pour chaque question, on valorise la réponse de 0 à 5 dans le sens d'un bien-être croissant (par exemple, une réponse « Tout le temps » à « Très nerveux » est valorisée 0 alors qu'une réponse « Tout le temps » à « Heureux » est valorisée 5). Si une réponse est manquante pour une des questions, elle est remplacée par la moyenne des autres réponses. Le score est ensuite transformé sur une échelle de 0 à 100, 100 correspondant à un bien-être maximal.

La moyenne chez les seniors de CARE-Ménages est de 73.

En contrôlant l'effet de l'âge et le genre du senior, on ne trouve **pas d'écart significatif dans le score de santé mentale entre les seniors de CARE-Ménages qui déclarent aider un proche et les autres**. Cette absence d'écart est due à un contraste entre un effet positif sur la santé mentale des hommes et négatif sur la santé mentale des femmes. Ces écarts sont significatifs quand on contrôle par l'effet lié aux maladies déclarées et reconnues et au score VQS, mais d'ampleur limitée (-1,6 pour les femmes, +1,5 pour les hommes, inférieur à 10 % de l'écart-type).

En revanche, cohabiter (dans l'enquête VQS) avec quelqu'un en perte d'autonomie (score VQS supérieur à 40) a des effets importants sur le score MH5. **Les personnes cohabitant avec quelqu'un de dépendant ont un score de santé mentale nettement inférieur à celui des autres seniors interrogés.** Leur score est de 10 points inférieur (entre -14 et -6), ce qui correspond à 0,5 écart type. La probabilité d'avoir un score inférieur à 55, score associé à une probabilité élevée de présenter des syndromes dépressifs, est deux fois plus élevée chez les seniors cohabitants avec une personne en perte d'autonomie que chez les autres seniors. Cette différence est similaire entre femmes et hommes, et se maintient, surtout pour les femmes, lorsqu'on ajoute nos variables de contrôles sur d'autres aspects de la santé (maladies déclarées ou reconnues et score VQS).

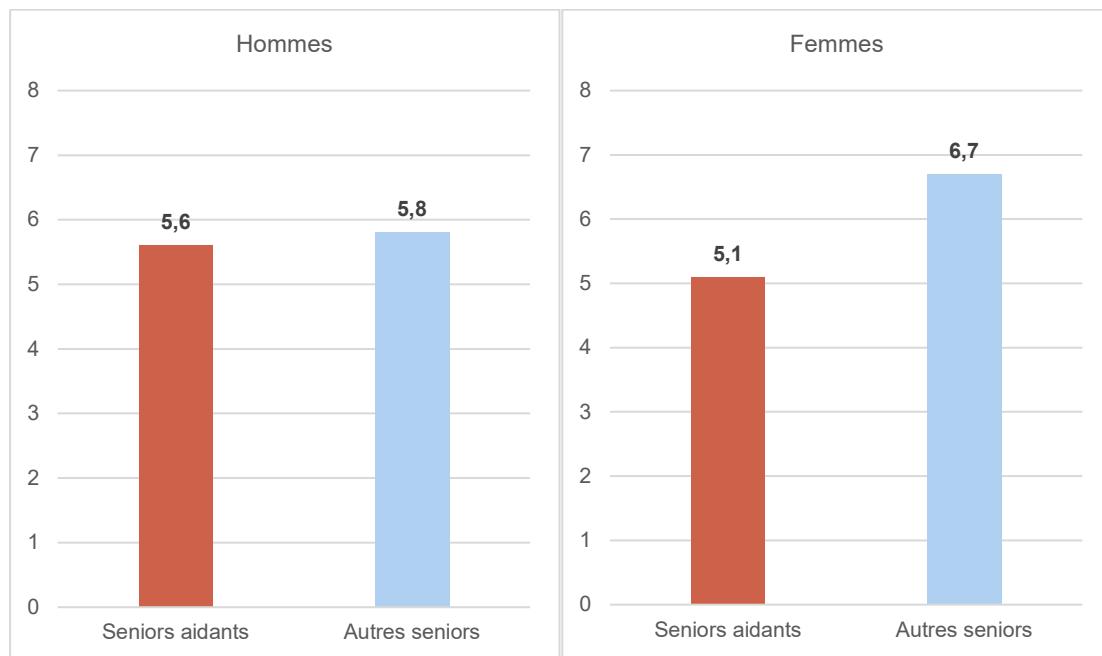
Si on s'intéresse aux personnes dont les conjoints sont dépendants dans VQS, l'effet sur le score de santé mentale est deux fois plus important chez les femmes en couple que chez les hommes en couple.

Moins de visites chez le médecin pour les aidantes âgées

Le nombre de visites annuelles chez le médecin permet d'appréhender le recours aux soins des aidants. Pour donner une illustration du phénomène, les aidants des seniors du volet « aidants » de CARE-Ménages sont 1,9 % à déclarer avoir dû renoncer à des soins médicaux pour rester auprès de la personne aidée (0,7 % des hommes aidants et 2,7 % des femmes aidantes). Ils sont 18 % parmi ceux qui ont une charge d'aide importante (Soullier, 2012).

Parmi les seniors de CARE-Ménages, le nombre de visites par an chez le médecin généraliste dépend à la fois du genre et du fait d'aider. Le nombre de visites est en moyenne de 5,6 pour les hommes aidants et de 5,8 pour les hommes qui ne sont pas aidants (*graphique 3*). Concernant les femmes, le nombre de visites des aidantes est de 5,1 par an, et celui des femmes qui n'aident pas de 6,7.

Graphique 3 Nombre moyen de visites annuelles chez le médecin généraliste effectuées par les seniors, selon qu'ils soient aidants ou non



Lecture > Pour les hommes seniors, le nombre de visites annuelles chez le médecin généraliste est en moyenne de 5,6 pour les aidants et de 5,8 pour les autres seniors.

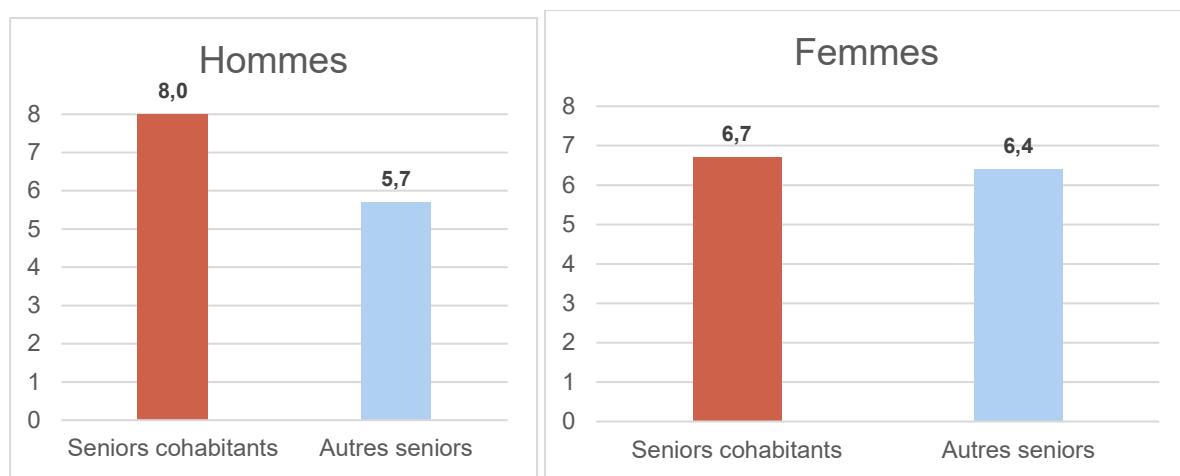
Champ > France métropolitaine, personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile.

Source > DREES, enquête CARE-Ménages 2015.

On trouve les mêmes résultats en tenant compte de l'âge ou des informations sur l'état de santé (maladies déclarées, ALD et score VQS). **Les femmes qui aident une personne pour la vie quotidienne vont moins souvent chez le médecin généraliste que les autres femmes de leur âge** (une visite par an en moins en moyenne). Cet effet n'est pas observé chez les hommes aidants. L'effet pourrait être un effet de sélection : seules les femmes qui ne vont pas très souvent chez le médecin seraient en mesure d'aider. En effet, peu d'aidants déclarent renoncer à des soins en raison de l'aide dans le questionnaire « aidants » de l'enquête CARE-Ménages.

En contrôlant l'effet de l'âge et du genre de l'aidant, et de ses ALD ou maladies déclarées, tous genres confondus, les aidants seniors ont un nombre de visites annuelles chez le médecin généraliste inférieur de 0,3 visite par rapport aux seniors du même âge ayant les mêmes pathologies. L'effet est concentré uniquement sur les femmes (non significatif pour les hommes, -0,8 pour les femmes).

Graphique 4 Nombre moyen de visites annuelles chez le médecin généraliste effectuées par les seniors, selon qu'ils cohabitent ou non avec une personne en perte d'autonomie



Lecture > Pour les hommes seniors, le nombre de visites annuelles chez le médecin généraliste est en moyenne de 8,0 pour les seniors cohabitant avec une personne en perte d'autonomie, et de 5,7 pour les autres hommes.

Champ > France métropolitaine, personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile.

Source > DREES, enquête CARE-Ménages 2015.

Si on s'intéresse aux seniors de CARE-Ménages qui cohabitent avec une personne en perte d'autonomie (*graphique 4*), on observe que les seniors cohabitants ont également un recours au médecin généraliste qui dépend du genre de l'aïdant. Tous genres confondus, il n'y a pas d'effet significatif du fait de cohabiter avec une personne dépendante. Si on distingue femmes et hommes, **les hommes qui cohabitent avec une personne dépendante vont davantage chez le médecin généraliste que les autres hommes** (en tenant compte de l'âge, l'effet est entre +0,9 et +1,5, selon les autres variables de contrôle incluses), alors que les femmes cohabitantes vont autant chez le médecin que les autres femmes.

Aller davantage chez le médecin peut refléter un mauvais état de santé ou, au contraire, une plus grande propension à consulter et donc une démarche de prévention. Au regard des autres résultats sur la santé, qui montrent une santé mentale plus dégradée pour les femmes et les hommes cohabitants que chez les seniors du même âge, on peut supposer que les femmes cohabitant avec des personnes en perte d'autonomie renoncent à certains soins dont elles auraient besoin.

Pas d'écart de consommation de médicaments anxiolytiques ou antidépresseurs entre les personnes âgées aidantes et non aidantes

Les aidants du volet « aidants » sont 37 % à déclarer des conséquences sur leur santé mentale. Les seniors aidants se distinguent-ils des autres seniors quant à leur consommation de médicaments anxiolytiques ou antidépresseurs ?

Selon les résultats de l'appariement du volet « seniors » de CARE-Ménages avec le SNIIRAM, 27 % des seniors consomment au moins un anxiolytique ou antidépresseur dans l'année. En utilisant un modèle *probit* pour expliquer la consommation, nous ne détectons aucune différence significative entre les aidants et les non-aidants, ni pour les hommes, ni pour les femmes, ni en les regroupant.

Concernant les seniors qui cohabitent avec quelqu'un de dépendant, nous ne trouvons pas d'effets spécifiques au genre. En regroupant femmes et hommes, nous constatons une plus grande consommation de médicaments anxiolytiques ou antidépresseurs pour les personnes qui cohabitaient avec quelqu'un de dépendant. Cet effet est de l'ordre de +10 points de pourcentage (entre +1 et +18). L'ordre de grandeur reste le même si on contrôle l'effet lié aux maladies déclarées ou reconnues et au score VQS (+8), mais l'effet n'est plus significatif à 5 %. Cela représente une hausse importante de la probabilité de consommer ces médicaments, de l'ordre d'un tiers.

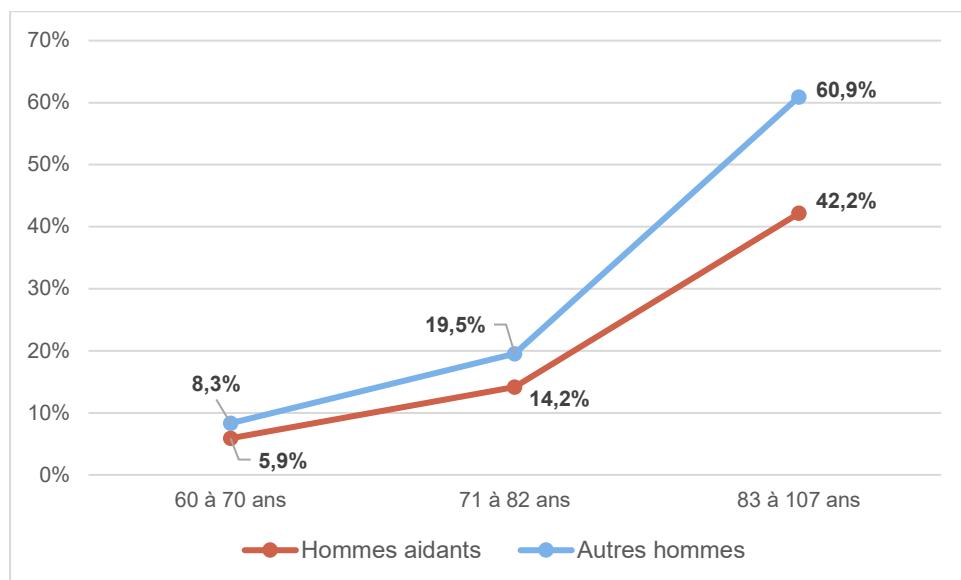
Mortalité des seniors aidants

Les seniors qui déclarent apporter une aide pour la vie quotidienne ont-ils plus de chance de décéder dans les années qui suivent l'enquête que les seniors du même âge qui ne déclarent pas fournir une aide ?

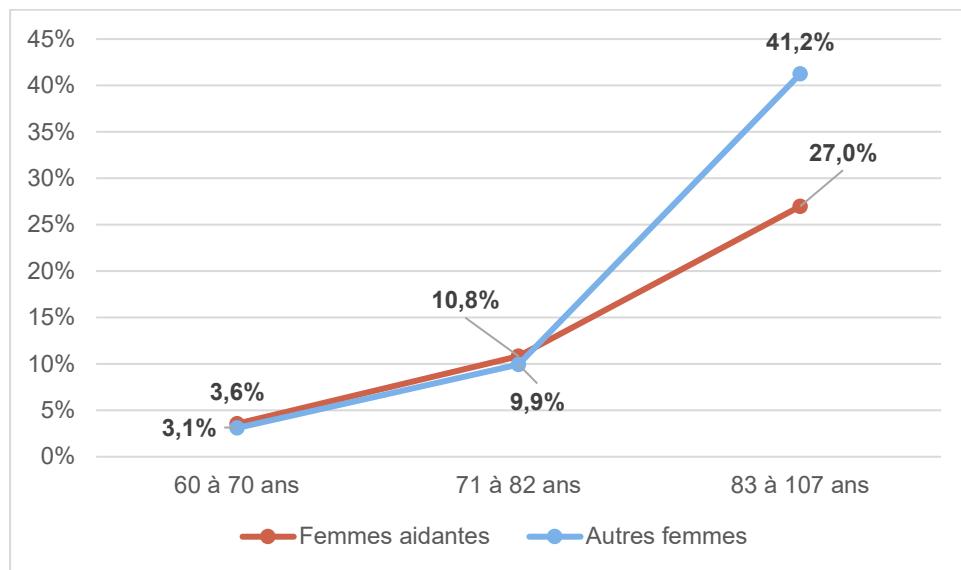
Nous utilisons l'appariement avec la BRPP pour mener cette analyse, et estimer la probabilité de mourir selon l'âge, pour les hommes et les femmes, selon qu'ils aident ou non (*graphique 5*). 4 % des seniors de CARE-Ménages décèdent dans l'année qui suit l'enquête et 14 % dans les six ans. Pour avoir un échantillon de taille suffisante, on utilise la probabilité de mourir dans les six ans. On sépare la population en trois catégories d'âge d'effectif similaire. Les jeunes seniors (autour de 60 ans) ont plus de probabilité d'être aidants, mais moins de probabilité de mourir. Ces catégories nous permettent d'avoir un nombre de décès supérieur à 18 pour chaque groupe (18 correspond au nombre de décès des femmes aidantes âgées de 60 à 70 ans).

Graphique 5 Mortalité des aidants et non-aidants en fonction de l'âge

5a. Hommes



5b. Femmes



Lecture > Pour les hommes seniors âgés de 71 à 82 ans, la probabilité de décéder dans les six ans à venir est de 14,2 % pour les aidants, et 19,5 % pour les non-aidants. Pour les femmes âgées de 60 à 70 ans, la probabilité de décéder dans les six ans à venir est de 3,6 % pour les aidantes, et 3,1 % pour les non-aidantes.

Champ > France métropolitaine, personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile.

Source > DREES, enquête CARE-Ménages 2015.

Le taux de mortalité des hommes aidant une personne de leur entourage est inférieur à celui des autres hommes de leur âge, à tout âge (*graphique 5a*). Pour les femmes, les courbes se croisent, la mortalité des femmes aidantes est similaire, puis inférieure à celle des autres femmes (*graphique 5b*). On peut supposer que les personnes qui fournissent une aide sont en moyenne en meilleure santé que les autres personnes de leur classe d'âge, puisqu'elles sont, par définition, capables de fournir une aide. Ce phénomène de sélection pourrait s'accentuer quand les seniors atteignent un âge auquel peu de personnes sont en mesure d'aider, ce qui expliquerait la divergence des courbes aux âges élevés.

Pour voir si ces différences sont significatives, on utilise un modèle de durée à hasard proportionnel (modèle de Cox), qui permet d'évaluer l'effet de l'aide sur la probabilité qu'un décès survienne, tout en tenant compte de l'âge et du genre de l'aidant. On trouve des risques de mortalité plus faibles pour les aidants (-22 %), mais la différence n'est pas significative à 5 %. Quand on regarde les écarts entre les femmes et les hommes, on constate que l'effet est plus marqué et significatif pour ces derniers, pour qui le risque de mortalité est 39 % plus faible pour les hommes aidants que pour ceux qui n'aident pas. À l'inverse, il n'y a pas de différence significative entre femmes aidantes et femmes qui n'aident pas. Ces résultats sont similaires quand on contrôle l'effet lié aux maladies déclarées ou reconnues et au score VQS.

Ici, on regarde uniquement la corrélation entre mortalité et aide, qui ne permet pas de dégager une causalité. Cependant, la différence d'effet de l'aide entre femmes et hommes suggère que les liens entre aide et santé dépendent bien du genre de l'aidant, ce qui rejoint les résultats utilisant le volet « aidants » de l'enquête CARE-Ménages.

En utilisant la même régression, mais avec le fait de cohabiter avec une personne en perte d'autonomie, on ne trouve pas d'effets significatifs sur la mortalité. Cependant, ces résultats sont difficiles à interpréter car seuls 292 seniors de CARE-Ménage sont concernés par la cohabitation avec un proche en perte d'autonomie. Cela représente 2 % de l'échantillon, en tenant compte des poids, des effectifs faibles pour mesurer des effets sur la mortalité, qui reste rare.

Aider ou cohabiter ?

Les liens entre proximité avec une personne âgée dépendante et santé mentale (score MH5 et consommation de médicaments) semblent plus importants chez les cohabitants de personne âgée dépendante que chez les personnes qui déclarent apporter une aide. Cela pourrait être lié au fait que, parmi les aidants, les cohabitants sont ceux pour qui l'intensité de l'aide est la plus forte (Soullier, 2012 ; Blavet, 2023). Or, l'information sur l'intensité de l'aide n'est pas disponible pour l'aide fournie par les seniors et ne peut être mobilisée ici.

Pour tenter de mieux comprendre le rôle de l'aide déclarée et de la cohabitation, on distingue, parmi les personnes qui cohabitent avec une personne en situation de perte d'autonomie, ceux qui déclarent aider et ceux qui ne déclarent pas aider. Compte tenu du nombre d'observations (169 personnes ne déclarent pas aider et 123 personnes déclarent aider), on considère les deux genres ensemble.

Concernant le score MH5, les résultats sont très proches entre les cohabitants qui déclarent apporter une aide (+9,2) et les autres cohabitants (+11,7). L'écart n'est ainsi pas significatif. Concernant la consommation de médicaments, l'effet de la cohabitation avec une personne âgée dépendante n'est significatif que pour les seniors qui ne déclarent pas aider (+16 pp).

Les seniors qui cohabitent avec une personne en perte d'autonomie ont une santé mentale plus fragile que les autres seniors, qu'ils se déclarent ou pas être aidants.

■ UNE PLUS GRANDE VULNÉRABILITÉ DES FEMMES AIDANTES

Des résultats établis par la littérature

Dans une revue de la littérature sur la santé des aidants, Bom, *et al.* (2018) soulignent des constats partagés dans différents pays. Ainsi, les études montrent un effet causal délétère de l'aide à un proche âgé sur la santé de l'aidant et une plus grande vulnérabilité des femmes, des aidants les plus âgés et de ceux qui déclarent une santé dégradée. Ces études utilisent principalement deux méthodes pour établir un lien causal : une méthode d'appariement, qui repose sur l'identification de personnes ayant des caractéristiques similaires aux aidants, ou ayant la même probabilité d'être aidants, mais qui ne sont pas aidants, ou une méthode de variable instrumentale, qui utilise des facteurs augmentant la probabilité d'être aidant, mais a priori sans lien avec l'état de santé.

En France, des travaux récents sur l'enquête CARE-Ménages mettent en évidence cette différence de genre dans les conséquences déclarées de l'aide sur la santé. Ainsi, Banens (2023) montre l'écart systématique entre conséquences déclarées par les femmes et par les hommes, en matière de conséquences tant sur la santé physique que morale.

Plus généralement, la charge ressentie par les aidants est supérieure quand l'aidant est une femme (Blavet, 2023).

Nos résultats corroborent ces constats, mais sans expliquer les raisons de ces écarts

Dans notre étude, nous montrons que ce sont les filles des personnes dépendantes, et surtout leurs conjointes, qui déclarent le plus de conséquences. Les autres femmes ne déclarent pas plus de conséquences que les hommes. Plusieurs hypothèses peuvent être étudiées quant à la raison des écarts entre femmes et hommes dans les conséquences de l'aide sur l'état de santé, notamment si ces écarts sont dus à des différences dans l'aide apportée, dans la propension à déclarer des conséquences ou dans la prise en charge des tâches domestiques.

Des différences dans l'aide apportée ?

L'aide apportée diffère entre femmes et hommes (Bonnet, 2011 ; Toulemon, 2021). Les femmes pourraient fournir de l'aide pour des tâches qui pèsent plus sur la santé, ou souffrir d'une reconnaissance moindre d'un travail perçu comme naturel.

Cependant, on a vu que même en contrôlant par une description fine de l'aide apportée, de la reconnaissance perçue et des caractéristiques de l'aidant et de la personne aidée, l'effet d'être une femme sur la probabilité de déclarer au moins une conséquence est inchangée. Ce ne sont donc ni des différences entre l'aide apportée telle que mesurée dans CARE-Ménages, ni des différences dans la façon dont les aidants perçoivent l'aide qui expliquent les écarts entre femmes et hommes.

Une plus grande difficulté à combiner l'aide à la vie domestique ?

Le fait que les femmes déclarent plus de conséquences de l'aide pourrait être dû à leur plus grande difficulté à combiner l'aide à leur vie domestique, puisqu'elles effectuent plus de tâches domestiques en moyenne (plus d'une heure de plus par jour [Champagne, *et al.*, 2015]). En ajoutant à nos analyses le fait de s'occuper soi-même de son foyer, le surcroît de conséquences déclarées par les femmes ne change pas. Cependant, cette mesure n'est sans doute pas suffisante pour capter l'intensité de l'activité domestique.

Une surdéclaration des problèmes de santé chez les femmes ?

Les écarts identifiés dans le volet « aidants » concernent des conséquences déclarées par les aidants eux-mêmes. Comme nous n'identifions pas de facteurs expliquant les écarts, une hypothèse pourrait être que les femmes sont plus à même de déclarer des problèmes de santé en général, mais que l'aide a en réalité les mêmes conséquences selon le genre.

Pour explorer cette hypothèse, l'état de santé déclaré est ajouté à notre équation. Si les femmes déclarent plus de conséquences en raison d'un biais de report, ce biais devrait se retrouver dans la santé autodéclarée. Contrôler l'effet lié à la santé déclarée ne change pas les résultats. De plus, les données sur la mortalité des aidants semblent aussi faire apparaître un écart entre femmes et hommes.

■ CONCLUSION

Les aidants interrogés dans le volet « aidants » de l'enquête CARE-Ménages déclarent de nombreuses conséquences sur leur santé, d'autant plus que leur lien avec la personne aidée est proche, qu'ils effectuent des tâches variées auprès du senior et qu'ils ont l'impression de faire des sacrifices, de manquer de temps, de répit et de formation. Les femmes déclarent plus de conséquences sur leur santé, en particulier les conjointes, et, dans une moindre mesure, les filles aidantes.

Les seniors interrogés dans CARE-Ménages qui aident une personne dans sa vie quotidienne se déclarent en meilleur état de santé que les autres seniors, et les hommes aidants ont une mortalité plus faible que la moyenne. Concernant la santé mentale, on ne trouve pas de liens entre le fait d'aider et la qualité de la santé mentale, ou la consommation de médicaments anxiolytiques ou antidépresseurs. Comparer l'état de santé des aidants au reste de la population permet de mettre en évidence que si les aidants rapportent des conséquences de l'aide sur leur santé, leur état de santé est proche de celui du reste de la population, voire meilleur. Ce phénomène pourrait être dû à un effet de sélection : les personnes en bonne santé sont sans doute plus susceptibles d'aider. Cette étude ne permet pas d'avoir une conclusion ferme sur l'éventuel effet de sélection dans l'aide, faute de données longitudinales qui permettrait de mesurer la santé avant et après l'aide.

Pour contourner l'effet de sélection et se concentrer sur des personnes potentiellement plus touchées, on s'intéresse aux personnes de 60 ans ou plus qui cohabitent avec une personne en perte d'autonomie. Cohabiter avec une personne en situation de perte d'autonomie est associé à une santé mentale dégradée, et une hausse de la consommation d'anxiolytiques ou d'antidépresseurs, pour les femmes comme pour les hommes. **Avoir un proche en perte d'autonomie ne touche donc pas que les aidants, mais semble avoir des conséquences sur les membres du ménage, ce même s'ils ne déclarent pas apporter une aide.** Le périmètre considéré autour de la personne en perte d'autonomie par les politiques publiques doit donc être construit minutieusement.

Cette analyse met également en évidence des différences de genre dans les liens entre santé et aide. Ainsi, concernant les soins primaires, on observe que les femmes qui apportent une aide à la vie quotidienne vont moins souvent chez le médecin généraliste que les femmes du même âge, ce qui n'est pas le cas des hommes, qui vont même davantage chez le médecin quand ils cohabitent avec une personne en perte d'autonomie.

Si cette étude ne nous permet pas d'identifier une chaîne de causalité entre l'aide, ses caractéristiques et les différences de genre dans l'impact sur la santé, elle permet en revanche de repérer des groupes d'aidants à risque du point de vue de leur santé. Ainsi, quelle que soit l'aide apportée, les femmes semblent plus affectées par le fait d'aider. Le fait d'être une femme est un facteur de risque en soi, pas seulement via les différences d'aide apportée entre femmes et hommes (qui existent). Des différences de genre sont également mises en évidence par des indicateurs objectifs comme les consultations chez le médecin généraliste. Si les hommes cohabitant avec une personne âgée dépendante sont également à risque du point de vue de leur santé mentale, ils sont plus suivis par des médecins généralistes que les hommes du même âge qui ne sont pas aidants. Lorsqu'ils aident, les hommes ont des taux de mortalité plus faibles que les hommes de leur âge. Ainsi, **on trouve des liens positifs entre aide et santé pour les hommes davantage que pour les femmes.**

Plus de travaux seront nécessaires pour comprendre ces écarts de genre. L'utilisation de données longitudinales permettrait notamment de mieux appréhender les liens causaux entre aide et santé. L'enquête Autonomie 2022 de la DREES permettra d'explorer le lien entre conséquences déclarées sur la santé et données administratives, en utilisant le suivi de la mortalité des aidants et leur consommation de soins, car le volet Aidants sera cette fois enrichi lui aussi par un appariement avec la BRPP. À l'inverse, nos résultats ne permettent pas d'identifier si les personnes qui déclarent des conséquences sur leur santé présentent un risque de mortalité accrue et des changements dans leur consommation de soins, car on ne dispose pas de cet appariement sur le volet « aidants » de CARE-ménages.

■ POUR EN SAVOIR PLUS

- Abadie, A., Athey, S., Imbens, G. W., & Wooldridge, J. M.** (2023). [When should you adjust standard errors for clustering?](#) *The Quarterly Journal of Economics*, 138(1), pp. 1-35.
- Abdoul-Carime, S.** (2020). [Un tiers des personnes âgées vivant en établissement sont dans un état psychologique dégradé.](#) DREES, *Études et Résultats*, 1141.
- Arber, S., Cooper, H.** (1999). [Gender differences in health in later life: the new paradox?](#) *Social Science & Medicine*, Vol. 48, Issue 1, pp. 61-76.
- Banens, M., Marcellini, A.** (2015). [Aide entre conjoints. Dynamiques de genre dans les couples adultes avec handicap.](#) *Alter*, 9(2), pp. 87-98.
- Banens, M.** (2023). [Inégalités de genre dans l'aide aux proches dépendants.](#) *Informations sociales*, 208(4), pp. 24-32.
- Blavet, T., Caenen, Y.** (2023). [Les proches aidants : une population hétérogène. Proposition de grille d'analyse pour rendre compte de la diversité des situations des proches aidants de personnes vivant à domicile et cerner celles dont le vécu est le plus difficile.](#) DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 110.
- Bom, J., et al.** (2018). [The impact of informal caregiving for older adults on the health of various types of caregivers: a systematic review.](#) *The Gerontologist*, 59(5), e629-e642.
- Besnard, X., et al.** (2019). [Les proches aidants des seniors et leur ressenti sur l'aide apportée.](#) *Résultats des enquêtes « CARE » auprès des aidants (2015–2016)*, DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 45.
- Brunel, M., Carrère, A.** (2017). [Les personnes âgées dépendantes vivant à domicile en 2015. Premiers résultats de l'enquête CARE « ménages ».](#) DREES, *Études et Résultats*, 1029.
- Brunel, M., Carrère, A.** (2019). [La perte d'autonomie des personnes âgées à domicile. Quelles disparités entre départements.](#) DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 34.
- Bonnet, C., et al.** (2013). [La dépendance : quelles différences entre les hommes et les femmes ?](#) *Gérontologie et Société*, 145(2), pp. 55-66.
- Cabannes, P.-Y., Richet-Mastain, L. (dir.)** (2018, septembre). [Minima sociaux et prestations sociales – Ménages aux revenus modestes et redistribution – Édition 2018.](#) DREES, coll. Panoramas de la DREES-Social.
- Calvo, M., Echegu, O., Richet-Mastain, L.** (2018, mai). [Près d'un ménage sur quatre vit dans un logement présentant au moins un défaut de qualité.](#) DREES, *Études et Résultats*, 1063.
- Champagne, C., Pailhé, A., Solaz, A.** (2015). [Le temps domestique et parental des hommes et des femmes: quels facteurs d'évolutions en 25 ans ?](#) Insee, *Économie et Statistique*, 478(1), pp. 209-242.
- Eisen, E.A., Picciotto, S., Robins, J.M.** (2006). [Healthy worker effect.](#) *Encyclopedia of environmetrics*.
- Toulemon, L.** (2021) [Femmes et hommes ont autant de chances d'être aidants de leur conjoint dépendant, mais la nature de leur aide diffère.](#) Institut des politiques publiques, *Note IPP*, 75.

Annexe 1. Résultats

Tableau 1 Nombre de conséquences déclarées par l'aidant, en fonction des caractéristiques du senior aidé, et l'aidant et du type d'aide apportée

	Modèle 1 : caractéristiques du senior et de l'aidant		Modèle 2 : ajoute les caractéristiques objectives de l'aide apportée		Modèle 3 : ajoute les caractéristiques subjectives de l'aide apportée	
	Nombre de conséquences : coefficient	Écart type	Nombre de conséquences : coefficient	Écart type	Nombre de conséquences : coefficient	Écart type
Âge du senior	-0,017***	0,0049	-0,018***	0,0050	-0,015***	0,0040
Senior homme	-0,029	0,095	0,064	0,098	0,058	0,075
Aidante femme	0,098	0,14	0,090	0,15	0,26**	0,11
Conjoint	0,32	0,20	0,33*	0,19	0,42***	0,15
Conjoint x femme	1,18***	0,22	1,15***	0,23	0,69***	0,19
Enfant	0,17	0,13	0,095	0,13	0,078	0,10
Enfant x fille	0,67***	0,17	0,59***	0,18	0,27**	0,14
Cohabitant	0,29**	0,12	-0,22*	0,13	-0,15	0,096
Âge aidant	0,0073*	0,0039	0,0067	0,0041	0,0088***	0,0028
Limitations sensorielles						
Vue : caractères	0,26**	0,13	0,14	0,15	0,10	0,096
Vue : visage	-0,24	0,15	-0,17	0,17	-0,083	0,098
Ouïe : conversation 1	0,036	0,12	-0,015	0,13	-0,041	0,092
Ouïe : conversation 2	-0,031	0,092	-0,078	0,095	-0,022	0,070
Limitations motrices						
Mordre	0,024	0,084	0,020	0,086	-0,019	0,060
Marcher	0,39***	0,10	0,21**	0,11	0,15*	0,088
Escalier	0,076	0,10	0,071	0,11	0,076	0,087
Bras	-0,069	0,088	-0,11	0,089	-0,015	0,064
Main	0,072	0,10	-0,017	0,12	-0,075	0,083
S'agenouiller	0,024	0,11	0,076	0,12	-0,015	0,089
Poids	0,27***	0,099	0,17	0,11	0,024	0,089
Limitations cognitives						
Moment	0,250	0,16	0,16	0,16	0,057	0,13
Trous de mémoire	0,390**	0,14	0,39***	0,14	0,16	0,10
Concentration	0,265	0,15	0,21	0,15	0,10	0,11
Vie quotidienne	0,384***	0,12	0,25**	0,12	0,20**	0,084
Compréhension	0,0413	0,17	0,073	0,18	-0,16	0,11
Agressivité	0,806***	0,20	0,88***	0,20	0,63***	0,16

Relations	0,177	0,16	0,091	0,,15	-0,013	0,12
Danger	-0,0651	0,19	-0,20	0,21	-0,13	0,12
Fréquence de l'aide						
Tous les jours			0,25**	0,10	0,087	0,085
Toutes les semaines			0,20*	0,11	0,055	0,086
Tâches effectuées						
Courses		0,00067	0,092	-0,051	0,068	
Sortir		-0,074	0,092	-0,15**	0,070	
Se déplacer		0,53***	0,15	0,32***	0,12	
Habiller		0,082	0,12	-0,0080	0,098	
Manger		0,10	0,15	0,0028	0,11	
Bricoler		0,20**	0,088	0,091	0,075	
Tâches administratives		0,22***	0,076	-0,077	0,067	
Ménage		0,33***	0,10	0,21**	0,093	
Repas		0,19*	0,11	-0,0074	0,084	
Médecin/traitement		0,25***	0,089	0,058	0,077	
Sentiments liés à l'aide						
Reconnaissance				-0,055	0,11	
Seul				0,53***	0,080	
Charge financière				0,16	0,13	
Sacrifice				0,48***	0,12	
C'est normal				-0,079	0,17	
C'est utile				-0,21***	0,069	
C'est rassurant				0,092	0,079	
Rôle				0,15*	0,084	
Moment de partage				0,0017	0,12	
Obligation				0,053	0,066	
Relation avec la personne aidée						
Bonne relation				-0,15	0,46	
Relation difficile				0,034	0,47	
Répit						
Pas besoin de répit				-0,31***	0,071	
N'a pas de répit				-0,032	0,16	
Manque de répit				0,53***	0,12	
Besoin de formation				0,23	0,18	
Formation/groupe de parole				0,30***	0,11	
Temps pour soi				0,48***	0,12	
Temps pour famille				0,18	0,12	
Impacts de l'aide sur les relations						
Relation senior tendue				0,46***	0,18	

Relation senior proche					0,098	0,076
Relation famille tendue					0,60***	0,14
Relation famille proches					0,30**	0,12
Relations amis tendues					0,47**	0,19
Relations amis proches					-0,39*	0,22
Impacts de l'aide sur les activités						
Associations, sport, loisirs					0,30**	0,12
Sorties					-0,12	0,11
Week-end					0,21**	0,099
Effets sur le travail						
N'a jamais travaillé					-0,065	0,070
A modifié son travail					0,25**	0,13
Constante	0,88**	0,38	0,66*	0,37	0,69	0,57
Nombre d'observations	6201		5734		5734	
R carré	0,20		0,25		0,49	

Lecture > Le coefficient de l'âge de l'aidant dans la régression linéaire expliquant le nombre de conséquences sur la santé vaut 0,0073 dans le modèle 1, il est significatif à 10 %, 0,067, non significatif dans le modèle 2, et 0,0088, significatif à 1 % dans le modèle 3.

Champ > Proches aidants de seniors vivant à domicile, âgés de 18 ans ou plus, France métropolitaine

Source > DREES, enquête CARE-Ménages 2015, volet « aidants ».

Les Dossiers de la DREES
N° 122 • octobre 2024

Perte d'autonomie : quels effets sur la santé des proches aidants ?

Directeur de la publication
Fabrice Lenglart

Responsable d'édition
Valérie Bauer-Eubriet

ISSN
2495-120X

Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et de l'Égalité entre les femmes et les hommes
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

14, avenue Duquesne - 75 350 Paris 07 SP
Retrouvez toutes nos publications sur drees.solidarites-sante.gouv.fr et nos données sur www.data.drees.sante.fr
