

Chaire Transitions Démographiques Transitions Économiques



LES DIFFÉRENTS VISAGES DE L'AIDANCE

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

Rayan Kilani
Chargé de recherches

Août 2024

Table des matières

Introduction	2
1 Objectif, méthode et données	5
1.1 Objectif	5
1.2 Méthodes	5
1.3 Données	9
2 Les aidants : Premières statistiques descriptives tirées de la base SHARE	11
2.1 Le genre, pôle de différenciation majeur des aidants	11
2.2 L'aidance et le double enjeu de l'âge	14
3 Les différents profils d'aidants-aidés	18
3.1 Utiliser l'ACM pour représenter l'espace social de l'aidance	18
3.2 Les aidants intensifs et intégrés	22
3.3 Les aidants occasionnels peu intégrés	22
3.4 Les aidants réguliers et vulnérables	23
3.5 Quelques statistiques pour estimer la part de chaque profil au sein de la population aidante	24
4 L'effet de l'aidance sur le travail	27
4.1 Lien entre aidance et taux d'emploi	27
4.2 Aidance et temps de travail	29
4.3 Discriminations et stéréotypes au travail	31
4.4 Salaire et aidance	32
5 L'effet de l'aidance sur la santé	36
5.1 La santé perçue des aidants	36
5.2 Santé réelle	38
5.3 Comparaison européenne	44
Conclusion	49
Bibliographie et annexes	50

Introduction

L'impact des évolutions démographiques sur notre société, présente et future, est si complexe et recoupe tant d'aspects de nos vies qu'il est trop souvent relégué au débat universitaire sans que nos concitoyens puissent réellement se saisir de l'ampleur du défi qu'il reste à relever. C'est un bouleversement profond qui attend la société française et l'ensemble des pays du monde¹, et qui demande pour lui faire face une mobilisation importante de moyens. Le vieillissement, c'est-à-dire l'augmentation de l'âge moyen de la population ou l'augmentation de la part dans la population totale que représentent les personnes âgées, suivant l'approche que l'on suit, devrait être l'un des changements les plus importants à venir. En effet on peut s'attendre à ce que la part des personnes âgées de 65 et plus dans la population française passe au-dessus des 30% à l'horizon 2070 contre 21% aujourd'hui². Une telle dynamique aura pour effet, couplée à la baisse continue prévue de la fécondité, de dégrader le rapport de dépendance entre jeunes et seniors, faisant passer à 57% le ratio entre les plus de 65 ans et les 20-64 ans selon le scénario central de l'INSEE.

Cette augmentation n'est pas sans effets. Avec seulement 2 adultes pour un senior et une augmentation constante du nombre de maladies chroniques, en plus de représenter un poids supplémentaire sur le système de protection sociale français³, elle créera mécaniquement plus de personnes concernées par l'aide. D'une part en amenant plus de Français âgés vers la perte d'autonomie en raison de leur nombre croissant, et en poussant une part plus importante des Français autonomes vers l'aide d'un proche dans le besoin à cause d'une perte d'autonomie. En effet, qui dit allongement de l'espérance de vie ne dit pas toujours espérance de vie en bonne santé⁴. Ainsi, vivre plus longtemps pourrait ainsi signifier que la France comptera plus de personnes âgées en mauvaise santé et donc plus de pertes d'autonomie.

Cette dépendance nécessite un accompagnement qui peut prendre des formes variées : une aide institutionnalisée, par des professionnels du secteur de la santé et de l'accompagnement comme les aides à domicile, certains soignants, ou encore un hébergement temporaire ou définitif dans un établissement comme un EHPAD. L'autre volet de cet accompagnement, c'est celui de la

1. World Health Organization. (2022). Vieillesse et santé.

2. Algava, E., Blanpain, N., 68,1 Millions D'habitants En 2070 : Une Population Un Peu Plus Nombreuse Qu'en 2021, Mais Plus Âgée - Insee Première - 1881, n.d.

3. vie-publique.fr. (2022). Retraites : le COR prévoit un système déficitaire après les excédents de 2021 et 2022.

4. Deroyon, T. (2023). L'espérance de vie sans incapacité à 65 ans en France en 2022. DREES, Études Et Résultats (No. 1290).



solidarité intra-familiale, où une personne en perte d'autonomie se voit assistée par un proche, de manière plus ou moins régulière, dans l'exécution de diverses tâches du quotidien⁵. "En France, 8 à 11 millions de nos concitoyens soutiennent un proche en situation de handicap, en perte d'autonomie ou porteur d'une maladie chronique ou invalidante. Que l'on soit père, mère, enfant, frères, sœurs, conjoints, amis, nous pouvons tous, à tout âge, être amenés à accompagner et soutenir un proche au quotidien."⁶ Ce chiffre représente environ 16% de la population française, et concerne donc près d'un actif sur cinq. Le Baromètre des aidants, publié en 2019 par la Fondation April et BVA, indique que 57% des aidants sont des femmes et que 43% sont des hommes. De plus, 21% des aidants ont moins de 35 ans, 39% ont entre 35 et 54 ans, et 40% ont 55 ans ou plus⁷. C'est donc un enjeu de taille, qui dépasse le cercle de la santé publique en revêtant un caractère genré et intergénérationnel.

L'aide peut avoir un impact significatif sur la vie professionnelle des aidants. Selon une étude menée par l'Observatoire de la responsabilité sociétale des entreprises (ORSE) en 2018, 69% des aidants ont déjà dû s'absenter de leur travail pour s'occuper de leur proche⁸, ce qui représente une perte de productivité pour les entreprises et une source de stress pour les aidants. De plus, 17% des aidants ont dû réduire leur temps de travail, ce qui peut entraîner des conséquences sur leur rémunération et leur évolution professionnelle.

Ces résultats suggèrent que les aidants peuvent rencontrer des difficultés à concilier leur vie professionnelle et leur rôle d'aidant, ce qui peut avoir des répercussions sur leur bien-être et leur santé mentale. Les aidants ont une santé plus fragile que la population générale, avec un risque accru de dépression, d'anxiété et de troubles du sommeil. Ces constats soulignent l'importance de mettre en place des politiques publiques et des mesures de soutien pour les aidants, afin de les aider à concilier leur vie professionnelle et leur rôle d'aidant, tout en préservant leur santé mentale et physique.

L'aide est donc déjà aujourd'hui un phénomène massif, aux enjeux multiples. En effet "ce rythme cadencé impose à l'aidant de reconstruire sa propre temporalité et de trouver des arrangements pour concilier vie familiale et vie professionnelle"⁹. Cette contrainte additionnelle pousse donc les aidants familiaux à adapter leur mode de vie à l'aide apportée à un proche. Il se peut donc que cela les impacte dans leur vie professionnelle, tant en termes d'heures travaillées, de disponibilité ou d'absentéisme¹⁰, qu'en termes d'implications sur leur santé, provoquant stress et anxiété additionnels, et les surexposant ainsi à des risques psycho-sociaux ou médicaux¹¹. Il est donc important de mieux saisir l'enjeu que représente l'aide en France, et des implications de celle-ci sur la vie professionnelle et personnelle de ceux qui la pratiquent.

5. Agir pour les aidants. solidarites.gouv.fr | Ministère Du Travail, De La Santé Et Des Solidarités. 2023

6. Aurore Bergé, Ministre des Solidarités, Agir pour les aidants, 2023

7. Les aidants : 5ème baromètre de la Fondation April - BVA Xsight.

8. Guide sur les salariés aidants, ORSE, avril 2021

9. Trenta, A. Concilier vie professionnelle et aide à un proche dépendant : les dispositifs publics et conventionnels de soutien aux aidants en emploi.

10. Rapport Engagement des entreprises pour leurs salariés aidants, France Stratégie, 2022

11. Ligue des Droits de l'Homme, Livret Vie active - Vie d'aidant, 2016



Face à ce constat, se pose donc la problématique suivante : quels sont les différents profils d'aidants qui existent ? Quels sont les impacts de l'aide sur la santé et l'emploi ? La diversité des aidants, qu'il s'agisse de leur âge, de leur genre, de leur situation professionnelle ou de la nature et de l'intensité de l'aide qu'ils fournissent, engendre une multitude de défis spécifiques. Les contraintes et les sacrifices liés à l'aide peuvent varier significativement selon que l'aidant soit un jeune adulte, une personne en milieu de carrière, ou un retraité ; de même, les hommes et les femmes peuvent vivre différemment cette expérience¹².

L'étude s'articule en plusieurs chapitres visant à explorer les différents aspects de l'aide et ses impacts sur les aidants en France. Nous étudierons dans un premier temps les premières statistiques descriptives sur les aidants, en mettant en lumière les différences de genre et d'âge. Puis, dans un second temps, nous identifierons les différents profils types d'aidants grâce à l'Analyse en Composantes Multiples (ACM). Enfin, nous analyserons les effets de l'aide sur l'emploi et la santé des aidants, révélant des résultats majeurs sur le lien entre aide, emploi et santé, et sur la manière dont les aidants se distinguent entre eux.

12. Daatland SO, Herlofson K (2003) Norms and ideals about elder care. In : Lowenstein A (ed) Old age and autonomy : The role of service systems and intergenerational family solidarity. University Center for Research and Study of Aging, Haifa, pp 127–164

Partie 1

Objectif, méthode et données

1.1 Objectif

L'objectif principal de cette étude est d'explorer et de comprendre les impacts multiples de l'aide sur la santé et l'emploi des aidants en France, en fonction des différents profils sociodémographiques qui peuvent exister au sein de ce grand groupe. En examinant une large base de données issue de l'enquête SHARE, l'étude vise à offrir une vision détaillée des caractéristiques et des défis auxquels font face les aidants. En utilisant l'analyse en correspondances multiples (ACM), la recherche se concentre sur la classification des aidants selon plusieurs critères, comme la fréquence de l'aide apportée, la nature de la relation avec la personne aidée, et leur situation professionnelle, afin de déterminer selon quelles dimensions il est possible de distinguer les aidants pour mieux identifier les situations-types auxquelles ils peuvent être exposés.

L'étude cherche à répondre à des questions sur la manière dont l'aide influence non seulement la vie quotidienne des aidants, mais aussi leur participation au marché du travail et leur bien-être général. En analysant les liens entre l'aide et le taux d'emploi, la durée de travail, et les conséquences sur la santé mentale et physique, l'étude a pour but de fournir des éléments probants qui puissent aider à orienter les interventions publiques et privées pour soutenir les aidants, en tenant compte des différences notables entre les divers profils d'aidants identifiés.

1.2 Méthodes

1.2.1 L'analyse en correspondances multiples (ACM)

L'analyse en correspondances multiples (ACM) est une méthode statistique puissante et polyvalente utilisée pour analyser des tableaux de données qualitatives. Elle trouve son utilité dans divers domaines tels que les sciences sociales, le marketing, et la psychologie, permettant de révéler des structures sous-jacentes et des relations complexes entre les individus et les variables. L'ACM vise à réduire la dimensionnalité des données en projetant celles-ci sur un espace de faible dimension, généralement défini par deux ou trois axes principaux. En visualisant



les données dans cet espace réduit, l'ACM met en lumière les similarités et les différences entre les catégories créées, facilitant ainsi l'interprétation des résultats.

Principe et Fonctionnement de l'ACM

L'ACM est une extension de l'analyse factorielle appliquée aux données qualitatives. Contrairement à l'analyse en composantes principales (ACP) qui est adaptée aux données quantitatives, l'ACM traite les données catégorielles, comme celles présentes dans la base de données SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe). L'objectif principal de l'ACM est de transformer un ensemble complexe de données qualitatives en une représentation graphique simplifiée, tout en conservant autant d'information que possible sur les relations entre les variables.

Pour mener une ACM, on commence par collecter des données qualitatives ou catégorielles relatives aux aidants, telles que l'âge, le sexe, la situation professionnelle, la fréquence et l'intensité de l'aide apportée, et les relations avec les aidés. Ensuite, ces données sont codées sous forme de tableaux de contingence. L'ACM transforme alors ces tableaux en matrices de données où chaque ligne représente un individu et chaque colonne une variable.

La méthode consiste à décomposer cette matrice en facteurs principaux, qui sont des combinaisons linéaires des variables initiales. Les premiers facteurs expliquent la plus grande partie de la variance des données, permettant ainsi de projeter les individus et les variables sur un plan factoriel. Cette représentation graphique met en évidence les similitudes et les différences entre les individus, facilitant l'identification de groupes homogènes, ou profils, d'aidants.

Les étapes clés de l'ACM comprennent :

1. Construction du Tableau de Contingence : Les données brutes sont d'abord converties en un tableau de contingence, où les lignes représentent les individus et les colonnes les catégories des variables qualitatives.
2. Calcul des Profils : Chaque cellule du tableau de contingence est normalisée pour obtenir les profils lignes (individus) et les profils colonnes (catégories).
3. Analyse des Inerties : Les inerties (variances) sont calculées pour chaque axe potentiel. Les axes principaux sont sélectionnés en fonction de leur capacité à maximiser l'inertie expliquée.
4. Projection et Représentation Graphique : Les profils lignes et colonnes sont projetés sur les axes principaux, et les résultats sont visualisés sous forme de cartes factorielles.

Modèles Mathématiques Associés à l'ACM

L'ACM repose sur plusieurs concepts et formules mathématiques clés :

1. Matrice de Contingence et Profils :

$$\mathbf{P} = \frac{\mathbf{N}}{n}$$



où \mathbf{N} est la matrice de contingence et n le nombre total d'individus. La matrice \mathbf{P} contient les fréquences relatives. 2. Inertie Totale :

$$I_{total} = \sum_{i=1}^I \sum_{j=1}^J \frac{(n_{ij} - n_i \cdot n_j)^2}{n_i \cdot n_j}$$

où n_{ij} est la fréquence observée pour la catégorie i de la variable j , n_i et n_j sont les marges de la matrice de contingence. 3. Valeurs Propres et Vecteurs Propres :

$$\mathbf{X} = \mathbf{D}_r^{-1/2}(\mathbf{P} - \mathbf{r}\mathbf{c}^T)\mathbf{D}_c^{-1/2}$$

où \mathbf{D}_r et \mathbf{D}_c sont les matrices diagonales des marges ligne et colonne. La décomposition en valeurs singulières de \mathbf{X} permet de déterminer les axes principaux. 4. Coordonnées Factorielles : Les coordonnées des profils sur les axes principaux sont obtenues via les vecteurs propres :

$$F_i = \mathbf{D}_r^{-1/2}\mathbf{U}$$

et

$$G_j = \mathbf{D}_c^{-1/2}\mathbf{V}$$

où \mathbf{U} et \mathbf{V} sont les matrices des vecteurs propres de \mathbf{X} .

Applications Pratiques de l'ACM

L'ACM est particulièrement utile pour identifier des tendances et des structures cachées dans les données qualitatives. Par exemple, dans le cadre de la Chaire TDTE (Transitions Démographiques, Transitions Économiques), l'ACM a été employée pour analyser les données de la base SHARE et identifier trois profils distincts d'aidants. Cette méthode a permis de structurer l'espace social des aidants en révélant les dimensions sous-jacentes qui influencent leur comportement et leur situation.

Comparaison avec l'ACP et Avantages de l'ACM

L'ACM partage des similarités avec l'ACP, notamment dans la réduction de dimension et la visualisation des données. Cependant, elle se distingue par sa capacité à traiter des données catégorielles. L'ACP, quant à elle, est mieux adaptée aux données continues et quantitatives. L'ACM offre plusieurs avantages :

1. Adaptabilité aux Données Qualitatives : L'ACM est spécifiquement conçue pour gérer les données catégorielles, ce qui la rend idéale pour les enquêtes et les études de marché.
2. Visualisation Intuitive : Les cartes factorielles fournissent une représentation visuelle claire des relations entre les catégories et les individus.
3. Identification des Corrélations Cachées : En réduisant la dimensionnalité des données, l'ACM expose des corrélations et des structures qui ne sont pas immédiatement évidentes avec



des méthodes classiques.

En somme, l'ACM est une méthode statistique sophistiquée et efficace pour l'analyse des données qualitatives. Elle permet de simplifier et de visualiser des relations complexes, facilitant ainsi l'interprétation et la prise de décision. La capacité de l'ACM à révéler des structures cachées et à exposer des corrélations inter-variables en fait un outil précieux. L'application de l'ACM dans des projets tels celui-ci illustre son potentiel à enrichir notre compréhension des phénomènes sociaux et économiques complexes.

1.2.2 L'étude de la santé

Parmi les thématiques sur lesquelles portent le questionnaire, la santé occupe une place importante. On dispose ainsi de données relatives à de multiples aspects relatifs à la santé des répondants, allant de leur taille, poids, habitudes alimentaires au tabagisme en passant par la localisation précise d'une tumeur éventuellement diagnostiquée au cours des années passées. Le questionnaire comprend également une question sur l'état de santé générale, de très mauvaise à très bonne, que nous désignons par santé "perçue". La construction d'un score de santé à partir de plusieurs variables est justifiée par la nécessité de surmonter les limites inhérentes à l'utilisation d'une seule variable de santé perçue, souvent sujette à des biais déclaratifs. En effet, une variable de santé perçue repose sur l'auto-évaluation des individus, ce qui peut être influencé par divers facteurs subjectifs tels que l'état émotionnel, le niveau de connaissances sur la santé, ou des normes culturelles spécifiques. Ces biais peuvent fausser les résultats et ne pas refléter fidèlement l'état de santé réel de la population étudiée. En revanche, un score de santé composite, élaboré à partir de multiples indicateurs quantifiables (comme les diagnostics médicaux, les mesures physiologiques, et les comportements de santé), offre une évaluation plus robuste et complète. Cette approche permet de capturer la complexité multidimensionnelle de la santé, en intégrant divers aspects physiques, mentaux et comportementaux. Ainsi, le score de santé fournit une image plus précise et fiable de l'état de santé général, réduisant les biais et améliorant la qualité des analyses et des décisions basées sur ces données. Pour cette raison, le score de santé étudié dans cet étude est composé de diverses variables traitant des limitations dans les activités du quotidien, de douleurs ressenties de manière fréquente, de maladies chroniques ou de longue durée, ou encore de capacité physique à se déplacer.

Comparer l'évolution du score de santé dans le temps plutôt que de se focaliser sur son niveau absolu est une approche plus pertinente pour étudier l'impact de l'aide. En effet, le niveau absolu de santé peut être influencé par une multitude de facteurs individuels et contextuels préexistants qui varient largement entre les individus et les groupes. Ces différences initiales peuvent masquer les effets spécifiques de l'aide. En revanche, en suivant l'évolution du score de santé, on peut observer les changements et les tendances au fil du temps, ce qui permet de mieux isoler l'impact de l'aide. Cette méthode dynamique considère les trajectoires individuelles de santé, révélant comment la santé évolue en réponse à la présence et à l'intensité de l'aide reçue ou fournie. Ainsi, elle permet de détecter des améliorations ou des détériorations qui pourraient être directement attribuables à l'aide, fournissant des informations plus précises. Ainsi, nous nous pencherons sur l'évolution du score de santé d'une



vague à l'autre pour étudier les effets que peut avoir l'aide.

1.2.3 Variables utilisées

Variable	Description
Aidant	Le répondant déclare avoir apporté de l'aide à un proche au cours des 12 derniers mois, pour au moins une des catégories d'aide. Voir catégories d'aides en annexe.
Fréquence de l'aide	Fréquence à laquelle l'aidant déclare apporté de l'aide, c'est à dire presque tous les jours (aidant quotidien), presque toutes les semaines (aidant hebdomadaire), presque tous les mois (aidant mensuel).
Aidé	Individu recevant de l'aide, dans les mêmes catégories d'activités que celles effectuées par les aidants.
Genre	Variable renseignant le genre déclaré par le répondant (H/F).
Âge	Âge du répondant, calculé à partir de l'année de naissance renseignée et de la vague à laquelle appartient le formulaire de réponse.
Situation maritale	L'individu déclare-t-il être marié ou non.
Nombre de parents	Le répondant déclare-t-il avoir 0, 1 ou 2 parents biologiques en vie.
Parents en vie	Variable alternative si l'individu déclare au moins un parent en vie.
Emploi	Le répondant occupe-t-il un emploi, que ce soit en tant que salarié ou indépendant. Variable construite à partir de la situation professionnelle déclarée ainsi que du temps de travail hebdomadaire.
Temps de travail	Temps de travail hebdomadaire déclaré par le répondant si celui-ci occupe un emploi.
Activités	Le répondant déclare-t-il pratiquer des activités socialisées régulièrement (associations, clubs sportifs, activités culturelles...).
Santé perçue	État de santé subjectif, déclaré par le répondant, de très mauvais à très bon.
Score de santé	Score construit à partir de variables de santé, renseignant un état de santé général. Allant de 0 pour un individu sans problèmes de santé à 6 pour un individu en très mauvaise santé, construit à partir de variables renseignant les douleurs ressenties, les maladies de longue durée, les limitations dans les activités du quotidien, la fatigue, etc.

1.3 Données

L'enquête SHARE

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 et Israël. Nous ne retiendrons dans un premier temps cependant que les données qui concernent la France, en effet nous cherchons à saisir les enjeux de l'aide en fonction d'un substrat social et économique particulier, la prise en compte de données européennes extérieures à la France risquerait de nous mettre face à des environnements bien trop diverses. La base de données fournit un large éventail de variables socio-démographiques et socio-économiques, permettant aux chercheurs d'étudier divers aspects liés au vieillissement et à la retraite. Parmi les variables disponibles, on trouve des données relatives aux caractéristiques démographiques, à l'éducation, à l'emploi, à la santé, aux revenus, etc. Pour la France, cela correspond à 9000 répondants sur la dernière vague. Dans un second temps nous élargirons notre champ à l'Italie, l'Allemagne, le Danemark et la Suède pour comparer ces pays entre eux, avec 106 244 observations à notre disposition pour les vagues 4 à 9.

Dans le cadre de notre recherche sur l'aide, la base de données SHARE est tout à fait pertinente, car elle permet d'identifier les individus qui déclarent apporter de l'aide à un proche et ceux qui en reçoivent. 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 tels que le genre, l'âge, le statut professionnel, le niveau d'éducation, le statut marital, etc. De plus, SHARE permet d'étudier les conséquences de l'aide sur la santé, le bien-être et la situation économique des aidants, ainsi que sur la relation entre l'aidant et l'aidé. Les données longitudinales à notre disposition offrent également la possibilité d'étudier l'évolution des situations d'aide et leurs effets sur le long terme.

L'exploitation des données issues de l'enquête SHARE nécessite une série de précautions pour garantir la qualité, la fiabilité et l'éthique des analyses. Il est essentiel de bien comprendre la méthodologie de l'enquête, incluant le cadre de l'échantillonnage, les techniques de collecte de données, et les biais potentiels. L'enquête SHARE couvre une population diversifiée en termes de géographie, de culture et de contexte socio-économique, ce qui requiert une attention particulière à la comparabilité des données entre les différents pays participants. De fait, malgré la présence de variables de pondération, l'échantillon ne correspond pas en structure au reste de la population, en particulier sur le plan des classes d'âge. L'intérêt des données réside avant tout dans la comparaison entre les classes d'âges présentes dans l'enquête, c'est à dire les 50 ans et plus, et pour une comparaison entre pays¹.

1. Börsch-Supan A, Brandt M, Hunkler C, Kneip T, Korbmayer J, Malter F, Schaap B, Stuck S, Zuber S (2013) Data resource profile : the survey of health, ageing and retirement in Europe (Share).

Partie 2

Les aidants : Premières statistiques descriptives tirées de la base SHARE

2.1 Le genre, pôle de différenciation majeur des aidants

Le phénomène de l'aidance est souvent abordé sous l'angle du genre dans la littérature disponible, mettant en lumière les inégalités sociales entre hommes et femmes qui en découlent. En effet, l'aidance est un phénomène majoritairement féminisé, bien que de nombreux hommes soient également touchés. Les femmes sont plus souvent aidées que les hommes, en particulier en ce qui concerne les soins personnels et les tâches domestiques. Cette différence s'explique en partie par le fait que les femmes vivent plus longtemps que les hommes et sont donc plus susceptibles de se trouver en situation de dépendance à un âge avancé¹. Cette tendance se retrouve également chez les aidants, puisque selon une publication de la Drees, les femmes sont plus souvent aidantes que les hommes, et cette différence s'accroît avec l'âge. Ainsi, chez les 50-64 ans, elles représentent 58% des aidants, mais cette proportion passe à 68% chez les 65-79 ans et à 76% chez les 80 ans ou plus². Nous sommes donc face à un double effet du genre sur l'aidance, les femmes étant davantage touchées sur les deux aspects de ce phénomène.

La surreprésentation des femmes dans l'aidance peut s'expliquer par leur propension accrue à prendre en charge ce que l'on appelle le travail invisible, qui regroupe les formes de travail non rémunérées, informelles et souvent invisibilisées telles que le travail domestique ou l'aide à un proche. Les femmes sont plus souvent aidantes que les hommes dans tous les types de relations familiales (conjoint, enfant, parent, etc.), à l'exception de l'aide apportée à un frère ou une sœur³. Les femmes ont plus tendance à prendre en charge le travail invisible, tel que le travail domestique et le travail de soin non rémunéré, en raison de normes sociales et de stéréotypes de genre, et sont socialisées pour assumer la responsabilité du travail de soin, cette

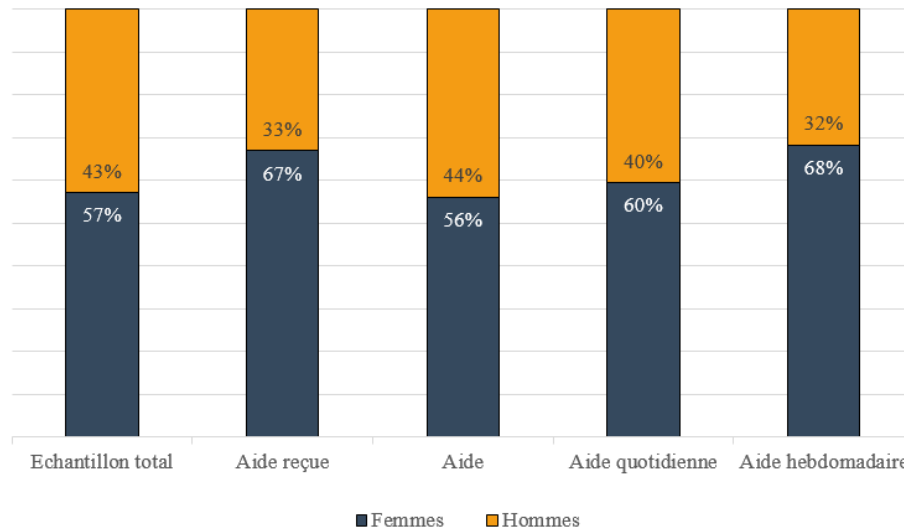
1. Pennec, S. (2010). 2. Les configurations de soin envers les parents âgés. Des différences selon le genre, les milieux sociaux et la part des services professionnels.

2. DREES (2017). La perte d'autonomie et les aidants des personnes âgées. L'aide et l'action sociales en France

3. Blavet, T., & Caenen, Y. (2023). Les proches aidants : une population hétérogène. In Les Dossiers De La DREES : Vol. N° 110.



responsabilité est renforcée par les attentes sociales et les stéréotypes de genre. Elles sont encore considérées comme plus aptes à fournir des soins émotionnels et physiques, et leur travail de soin est souvent considéré comme une extension naturelle de leur rôle de mère et d'épouse. Cette tendance se retrouve également dans le domaine de l'aide, où les femmes sont plus souvent aidantes que les hommes, en particulier en ce qui concerne les soins personnels et les tâches domestiques⁴.



Source : Base de données SHARE, vague 9

Champ : Échantillon de personnes âgées de 50 ans et plus et leurs conjoints, France métropolitaine

Lecture : 68% des personnes déclarant apporter de l'aide au moins une fois par semaine sont des femmes, contre 32% d'hommes

FIGURE 2.1 – Répartition entre hommes et femmes au sein de l'échantillon

Ces différences de genre dans l'endossement du rôle d'aidant familial viennent s'ajouter aux autres contraintes auxquelles sont confrontées les femmes dans leur cheminement vers l'accès à la réduction des inégalités. Ainsi, les femmes sont plus fréquemment confrontées à des situations d'aide lourde et prolongée, ce qui peut avoir des conséquences sur leur santé physique et mentale, ainsi que sur leur vie professionnelle et sociale⁵. En étant plus exposées à l'aide, en devant conjuguer travail et aide, en devant jongler entre identité professionnelle et identité de proche aidant, cela participe à pousser ces femmes vers les frontières de l'emploi, en créant un besoin de temps supplémentaire pour aider un proche, en décourageant d'accepter de nouvelles charges et responsabilités dans leur emploi ou en ne signalant pas leur situation à

4. Folbre, N. (2006). "Measuring Care : Gender, Empowerment and the Care Economy", *Journal of Human Development*, 7(2) : 183-199.

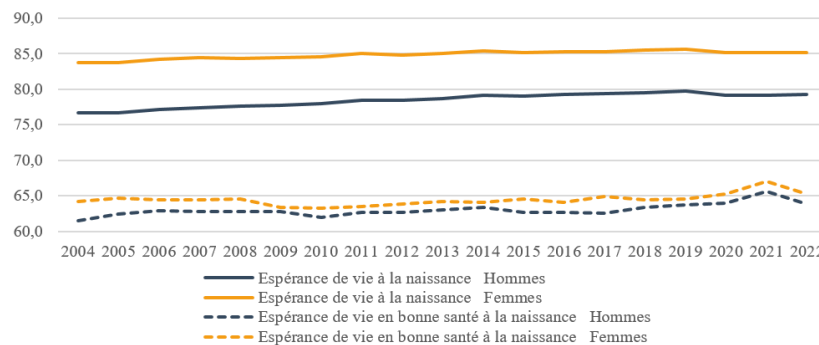
5. Rapport sur les femmes seniors, Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge



leur employeur, tout ceci tend donc à les fragiliser dans leur vie professionnelle.

Les données issues de la base de données européenne SHARE permettent de mettre en lumière des phénomènes liés au genre tout à fait en accord avec la littérature. Notre population est ici composée à 57% de femmes et 43% d'hommes. Cette forte surreprésentation des femmes dans notre échantillon est importante à noter pour pouvoir tirer les bonnes interprétations de l'étude des données. La population recevant de l'aide est très majoritairement composée de femmes. Ainsi ces dernières représentent les deux tiers des personnes aidées, soit 10 points de plus que leur part dans notre échantillon.

Cela nous permet donc de confirmer ce premier constat : les bénéficiaires de l'aide sont avant tout des femmes. Ce phénomène n'est pas inconnu de la littérature, et peut être attribué aux différences d'espérance de vie entre hommes et femmes, le grand âge étant un facteur de surexposition à la perte d'autonomie, la surmortalité observée chez les hommes et une espérance de vie en bonne santé relativement égale à 70 ans font que les femmes âgées de par leur nombre représente la grande majorité des personnes aidées. Cependant, la tendance actuelle étant à un certain rattrapage de l'espérance de vie des femmes par les hommes, sans que l'on observe de progrès majeur dans l'espérance de vie en bonne santé, ce qui laisse présager un estompement de ce très fort écart entre hommes et femmes dans la population aidée.



Source : Insee, État civil pour l'espérance de vie à la naissance et DREES, méthode EHEMU pour l'espérance de vie sans incapacité
Champ : France métropolitaine
Lecture : En 2013, l'espérance de vie en bonne santé à la naissance des hommes était de 63 ans

FIGURE 2.2 – Evolution de l'espérance de vie à la naissance et de l'espérance de vie en bonne santé à la naissance pour les hommes et les femmes entre 2004 et 2022

Second point de différenciation notable qu'il est utile de relever, les aidants ne sont pas non plus touchés de la même manière selon qu'ils soient une femme ou un homme. Ainsi, alors que les chiffres généraux de l'aide laissent à percevoir une répartition relativement équilibrée selon le genre, correspondant à la répartition entre hommes et femmes dans l'ensemble de la population étudiée (56% de femmes parmi les aidants contre 57% dans la population générale de l'échantillon), on observe que cette relative égalité tend à se dégrader avec l'intensification



de l'aide apportée. Lorsque l'on interroge cette répartition entre hommes et femmes parmi les aidants selon la fréquence de l'aide apportée, quelle que soit sa nature, on voit apparaître des écarts importants. Les aidants au quotidien voient ainsi la proportion d'hommes baisser à 40% et à 32% chez les aidants hebdomadaires, laissant ainsi apparaître une féminisation de l'aide dans les cas où les besoins sont les plus grands et demandent une régularité accrue dans l'aide apportée. Les femmes sont donc plus susceptibles d'apporter une aide de manière régulière que les hommes, laissant ainsi présager un effet plus important sur leur vie professionnelle et familiale et leur santé⁶.

2.2 L'aide et le double enjeu de l'âge

Avec le vieillissement de la population, la question de l'âge des aidants devient un enjeu majeur. En effet, on peut supposer que les personnes très âgées soient moins capables de s'occuper d'un proche en perte d'autonomie et soient plus en demande d'aide. Les personnes très âgées sont moins capables de s'occuper d'un proche en perte d'autonomie. Les aidants les plus âgés sont plus souvent confrontés à des problèmes de santé et ont des capacités physiques réduites, ce qui limite leur capacité à fournir de l'aide⁷. De même, il a été démontré que les aidants âgés de 75 ans et plus étaient moins susceptibles de fournir une aide régulière à un proche en perte d'autonomie que les aidants plus jeunes⁸.

D'après l'enquête de la DREES Capacités, Aides et Ressources des seniors, en 2015 l'âge moyen des aidants est de 61 ans. Cette étude repose sur un échantillon représentatif de la population française. Une autre étude, le baromètre OCIRP de 2016 intitulé "L'âge de l'autonomie", estime cet âge moyen à 52 ans, une différence attribuée aux critères méthodologiques distincts utilisés pour constituer les échantillons. Par ailleurs, l'étude des données de SHARE propose un âge moyen de 66 ans, bien que cette donnée soit à nuancer, car l'échantillon est construit pour des comparaisons transversales et non pour des calculs précis de moyenne d'âge.

En ce qui concerne les aidants salariés, l'étude OCIRP / Viavoice de 2023, intitulée "Les salariés aidants : coût ou richesse pour l'entreprise?", estime que l'âge moyen des salariés aidants est de 42,2 ans. Cette étude révèle également que 53% des aidants sont des actifs, une proportion qui est légèrement inférieure dans l'étude des données de SHARE, qui l'estime à 46%.

Les résultats que permet de fournir l'enquête SHARE abondent dans ce sens. Ainsi, on observe une forte corrélation inverse entre l'âge de l'interrogé et le statut d'aidant, celui-ci étant le plus fréquent parmi les individus les plus jeunes de l'enquête. On observe ainsi que 46% des 50-60 ans, contre seulement 25% des 70-85 ans et 10% des 85-95 ans. Le profil d'âge des aidants varie selon les pays et les contextes. Selon une étude de l'Organisation de coopération et de

6. Kaschowitz J, Brandt M (2017) Health effects of informal caregiving across Europe : a longitudinal approach. *Soc Sci Med* 173 :72-80.

7. Cambois, E., Laborde, C. & Or, N. (2016). Les aidants familiaux en France : un état des lieux. Presses de l'EHESP

8. Spillman, B. C., Wolff, J. K., Freedman, V. A. & Kasper, J. D. (2014). Informal caregiving in the United States : findings from the 2011 National Health and Aging Trends Study. *The Gerontologist*, 54



développement économiques, "dans la plupart des pays, les aidants ont tendance à être plus âgés que la population générale"⁹. Cependant, le profil d'âge des aidants peut également varier selon le type d'aide fournie. Par exemple, les aidants qui fournissent une aide régulière à un proche en perte d'autonomie sont généralement plus âgés que ceux qui fournissent une aide occasionnelle. La variation du profil d'âge des aidants en fonction de la fréquence de l'aide apportée s'observe très clairement. En effet, on peut observer que les aidants qui fournissent une aide hebdomadaire, donc régulière, sont majoritairement âgés de plus de 60 ans (56%). À l'inverse, les aidants qui fournissent une aide mensuelle, donc occasionnelle, sont majoritairement âgés de moins de 60 ans (52%). Les aidants réguliers sont généralement plus âgés que les aidants occasionnels. Cette répartition pourrait s'expliquer par le fait que les personnes âgées ont souvent plus de temps et de disponibilité pour fournir une aide régulière, tandis que les personnes plus jeunes, souvent en activité professionnelle, ne peuvent fournir qu'une aide occasionnelle¹⁰.

		Classes d'âges	
		Moins de 60 ans	Plus de 60 ans
Fréquence de l'aide apportée	Hebdomadaire	44%	56%
	Mensuelle	52%	48%

Source : Base de données SHARE, vague 9
Champ : Échantillon de personnes âgées de 50 ans et plus et leurs conjoints, France métropolitaine
Lecture : Parmi les individus déclarant apporter une aide au moins une fois par semaine, 56% ont plus de 60 ans.

FIGURE 2.3 – Répartition des aidants selon leur âge, en fonction de la fréquence de l'aide apportée

L'âge joue un rôle significatif dans la capacité d'une personne à fournir une aide régulière et de qualité. Les personnes âgées de 75 ans ou plus sont moins souvent aidantes que les personnes plus jeunes, principalement en raison de leur propre état de santé et de leur capacité physique réduite¹¹. Cette tendance est confirmée par plusieurs études, qui soulignent que les aidants âgés sont plus fréquemment confrontés à des problèmes de santé et de mobilité, ce qui peut limiter leur capacité à apporter une aide adéquate à leurs proches en perte d'autonomie¹². D'un autre côté, les personnes âgées de 80 ans ou plus sont plus souvent aidées que les personnes plus jeunes, en raison notamment de leur plus grande dépendance et de leur moindre autonomie. Cette situation peut entraîner une charge de travail importante pour les aidants, en particulier

9. Colombo, F., Llana-Nozal, A., Mercier, J.-C. & Tjadens, R. (2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. OECD Publishing

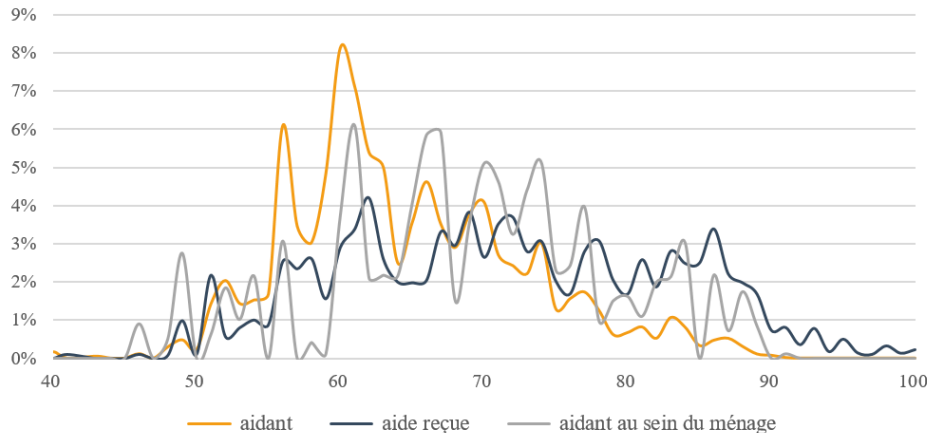
10. Verbakel E, Tamlagsrønning S, Winstone L, Fjær EL, Eikemo TA. Informal care in Europe : findings from the European Social Survey (2014) special module on the social determinants of health. *Eur J Public Health*. 2017 Feb 1.

11. Drees (2017). Les aidants, des acteurs essentiels de la prise en charge des personnes en perte d'autonomie

12. Carcaillon, L., Gautier, A., & Legrand, C. (2019). Les aidants âgés : quels enjeux pour les politiques publiques ?



lorsque l'aide est lourde et prolongée, ce qui peut avoir des conséquences sur la santé et la qualité de vie des aidants eux-mêmes¹³. Il est également important de noter que les personnes âgées sont plus fréquemment aidées par leur conjoint ou leur enfant que par d'autres membres de leur famille ou des professionnels¹⁴. La répartition des âges au sein des populations aidantes et aidées montre ainsi une population aidante clairement plus jeune que celle des aidés, avec une moyenne d'âge de 66 ans pour les premiers contre 74 ans pour les seconds.



Source : Base de données SHARE, vague 9

Champ : Échantillon de personnes âgées de 50 ans et plus et leurs conjoints, France métropolitaine

Lecture : 8% des aidants ont 60 ans, contre 3% des aidés

FIGURE 2.4 – Répartition des différents âges au sein des populations aidantes et aidées

On observe donc un double lien entre âge et statut d'aidant. D'une part, il faut du temps à consacrer à un proche, et avoir un proche en perte d'autonomie. Ces deux conditions tendent à plus se vérifier avec l'âge qui augmente (passage à la retraite, vieillissement des proches, etc), expliquant ainsi un fort regroupement des individus aidants autour de l'âge de la retraite et sur les âges suivant la retraite. D'autre part, l'âge expose également plus au besoin d'aide, et tend à limiter la capacité qu'ont les individus à fournir de l'aide, phénomène évidemment attribuable à la dégradation de la santé observée chez les populations qui entrent dans les âges avancés de la vie, révélant ainsi une chute drastique de la part des aidants dans la population dans les âges avancés de la vie¹⁵. On observe ainsi que les aidants déclarants apporter une aide à un proche au sein de leur ménage ont un profil plus âgé, laissant penser qu'il peut s'agir de personnes aidants plus fréquemment un conjoint et expliquant ainsi une répartition des âges

13. Lestrade, C. (2014). Les limites des aidants familiaux. *Empan*, 94, 31-35.

14. Brunel, M., Latourelle, J., Zakri, M., DREES. (2019). Un senior à domicile sur cinq aidé régulièrement pour les tâches du quotidien

15. Albertini M, Pavolini E (2017) Unequal inequalities : the stratification of the use of formal care among older Europeans. *J Gerontol* 72 :510–521.



très similaire à celle des aidés, contrairement aux aidants apportant une aide à l'extérieur du ménage, qui partagent eux un profil d'âge quasi identique à la population aidante de manière générale.

Partie 3

Les différents profils d'aidants-aidés

3.1 Utiliser l'ACM pour représenter l'espace social de l'aidance

Distinguer les différents profils d'aidants est fondamental pour appréhender les enjeux complexes de l'aidance et les dimensions multiples qui la structurent. Les aidants constituent une population hétérogène, différenciée par des variables sociodémographiques telles que l'âge, la situation professionnelle, l'état de santé, ainsi que par les relations qu'ils entretiennent avec les personnes aidées. Cette hétérogénéité implique que les besoins et les défis auxquels ils font face varient considérablement d'un profil à l'autre. Par exemple, les aidants intensifs et intégrés, souvent en emploi et principalement des femmes, doivent équilibrer leurs responsabilités professionnelles avec l'aide quotidienne à leurs proches, ce qui peut entraîner une surcharge de travail, des conflits entre vie professionnelle et vie personnelle, et un risque accru de détérioration de leur propre santé. En revanche, les aidants occasionnels et peu intégrés, généralement des retraités fournissant une aide sporadique, peuvent rencontrer des défis liés à l'isolement social et à la gestion de leurs propres besoins de santé. Les aidants réguliers et vulnérables, souvent en mauvaise santé eux-mêmes et éloignés de l'emploi, représentent une autre facette de l'aidance, où la précarité et la nécessité d'un soutien continu sont prédominantes. Par exemple, les aidants intensifs pourraient bénéficier de mesures facilitant la conciliation entre travail et aidance, telles que des horaires de travail flexibles ou des congés dédiés. Les aidants occasionnels pourraient profiter de programmes visant à renforcer leurs liens sociaux et à offrir un soutien ponctuel. Quant aux aidants réguliers et vulnérables, ils nécessitent un accès prioritaire à des services de santé et à un soutien psychologique. Cette segmentation permet également de sensibiliser le public et les institutions à la diversité des situations d'aidance, de promouvoir des actions ciblées pour chaque profil, et de garantir une allocation efficiente et équitable des ressources. En somme, distinguer les différents profils d'aidants est une étape indispensable pour une compréhension holistique des dynamiques de l'aidance et pour la mise en œuvre de solutions adaptées, répondant aux besoins spécifiques de chaque groupe, et assurant ainsi un soutien optimal à ces individus dévoués, dont le rôle est essentiel dans notre société.



Pourquoi l'ACM ?

L'utilisation de l'Analyse en Composantes Multiples (ACM) est particulièrement pertinente pour distinguer les différents profils d'aidants et comprendre les enjeux complexes et multidimensionnels de l'aide. L'ACM, méthode statistique sophistiquée, permet de réduire la complexité des données qualitatives et de visualiser les relations entre les individus et les variables de manière claire et intuitive. Cette capacité à simplifier et structurer des données massives et hétérogènes est essentielle pour une analyse approfondie des situations d'aide.

En recueillant des données qualitatives telles que l'âge, le sexe, la situation professionnelle des aidants, la fréquence et l'intensité de l'aide apportée, et les relations spécifiques avec les aidés, l'ACM aide à identifier des groupes homogènes ou profils d'aidants. Ces profils peuvent inclure des aidants intensifs et intégrés, souvent des femmes en emploi à temps partiel, qui jonglent avec leurs responsabilités professionnelles et familiales ; des aidants occasionnels et peu intégrés, généralement des retraités, fournissant une aide sporadique ; et des aidants réguliers et vulnérables, souvent en mauvaise santé eux-mêmes et éloignés de l'emploi.

La distinction de ces profils permet de mieux cibler les interventions politiques et sociales. Par exemple, les aidants intensifs pourraient bénéficier de mesures facilitant la conciliation entre travail et aide, telles que des horaires de travail flexibles ou des congés dédiés. Les aidants occasionnels pourraient profiter de programmes visant à renforcer leurs liens sociaux et à offrir un soutien ponctuel. Quant aux aidants réguliers et vulnérables, ils nécessitent un accès prioritaire à des services de santé et à un soutien psychologique. En outre, cette segmentation des profils d'aidants permet une allocation plus efficace des ressources disponibles. Les besoins spécifiques de chaque groupe peuvent être identifiés et priorisés, assurant que les aidants les plus vulnérables reçoivent le soutien nécessaire. De plus, la visualisation des profils aide à sensibiliser le public et les institutions à la diversité des situations d'aide, favorisant une meilleure compréhension et un soutien plus large de la société.

Les variables étudiées

Afin de déchiffrer correctement l'ACM il convient d'identifier les variables qui contribuent le plus à la construction des facteurs 1 et 2, pour ainsi mieux comprendre selon quelles modalités se projettent les variables. Nos dimensions 1 et 2 permettent d'expliquer 21% de l'inertie de notre modèle.

Le premier axe, fortement influencé par les caractéristiques d'emploi, l'âge, mais aussi certaines caractéristiques liées au lien social comme avoir des parents en vie, recevoir soi-même de l'aide ou encore le nombre d'aidant dans le ménage. On est donc là face à un axe que l'on pourrait grossièrement qualifier d'axe âge-lien sociale.¹

Le second facteur est lui fortement influencé par les variables de fréquence de l'aide (mensuelle et hebdomadaire, etc. qui représentent 4 des 10 modalités les plus influentes sur

1. Voir annexes



le facteur), et par le genre de l'aidant, nous proposant ainsi une analyse de cet axe par l'intensité de l'aide. On obtient donc une projection des variables et des individus selon des critères d'une part d'isolement social et d'autre part d'intensité de l'aide, avec donc ce deuxième axe "intensité de l'aide", rendant compte de profils variés le long de ces critères.²

L'analyse des correspondances multiples montre trois grands types de situations qui soulignent l'importance de l'âge, l'emploi, mais également de la situation familiale dans les différences de statut d'aidant. Ainsi, on voit que l'émergence des différents pôles dans l'espace de projection de l'ACM fait apparaître une "caricature" du profil de l'aidant différente de celle que l'on a l'habitude de voir décrite dans la littérature avec comme caractères différenciant l'âge ou le genre, phénomènes bien réels comme nous l'avons vu auparavant dans nos statistiques descriptives, mais qui ne suffisent pas à rendre compte des réalités multiples auxquelles sont confrontés les aidants familiaux.

Apportant une aide très fréquente, en bleu, à gauche sur le graphique, les aidants qui sont plus fortement intégrés dans l'emploi, et apparaissent comme étant les plus jeunes, sont également ceux qui déclarent le plus souvent apporter une aide quotidienne. On retrouve au sein de ce groupe plus de femmes que d'hommes, souvent en emploi, et avec au moins un parent vivant. Nous sommes donc ici face à un premier constat : ce groupe d'aidant correspond plutôt à l'aide "intensive", avec des aidants plus jeunes, en emploi, peu isolés socialement. En opposition, au sein du groupe d'aidants en bas au centre, en orange sur le graphique, on retrouve une configuration différente de l'aide dans laquelle les hommes occupent une place plus importante, et qui concerne des individus plus âgés. Plus isolés socialement et moins intégrés dans l'emploi, ce sont plutôt les aidants occasionnels, plus âgés. Enfin, le troisième groupe à droite du graphique, en vert, peut être identifié comme celui de l'aide "dégradée". On a ici des aidants d'une part fortement intégrés dans un réseau interpersonnel, recevant eux-mêmes une aide, au sein de ménages où l'on trouve plusieurs aidants, et apportant une aide régulière, comme le montre la présence de la modalité renseignant sur une aide hebdomadaire. Mais ces aidants sont aussi en plus mauvaise santé, et plus éloignés de l'emploi.

Pour aller plus loin dans l'analyse, il est important de considérer les implications de ces différents profils d'aidants sur leur bien-être et leur qualité de vie. Les aidants du premier groupe, bien que plus jeunes et intégrés dans l'emploi, peuvent faire face à un stress élevé et à un épuisement émotionnel en raison de la nature intensive de leur aide. Il est essentiel de mettre en place des mesures de soutien pour ces aidants, telles que des congés de travail flexibles et des services de répit. Les aidants du deuxième groupe, plus âgés et isolés socialement, peuvent être confrontés à des défis différents. Ils peuvent avoir des problèmes de santé préexistants qui sont exacerbés par leur rôle d'aidant, ou ils peuvent se sentir seuls et dépassés par les besoins de la personne qu'ils aident. Pour ces aidants, des services de santé à domicile et des programmes de soutien par les pairs peuvent être bénéfiques. Enfin, les aidants du troisième groupe, qui sont en plus mauvaise santé et éloignés de l'emploi, peuvent avoir besoin d'un soutien plus complet. Des services de santé mentale, des programmes d'emploi et de formation, et des aides

2. Voir annexes

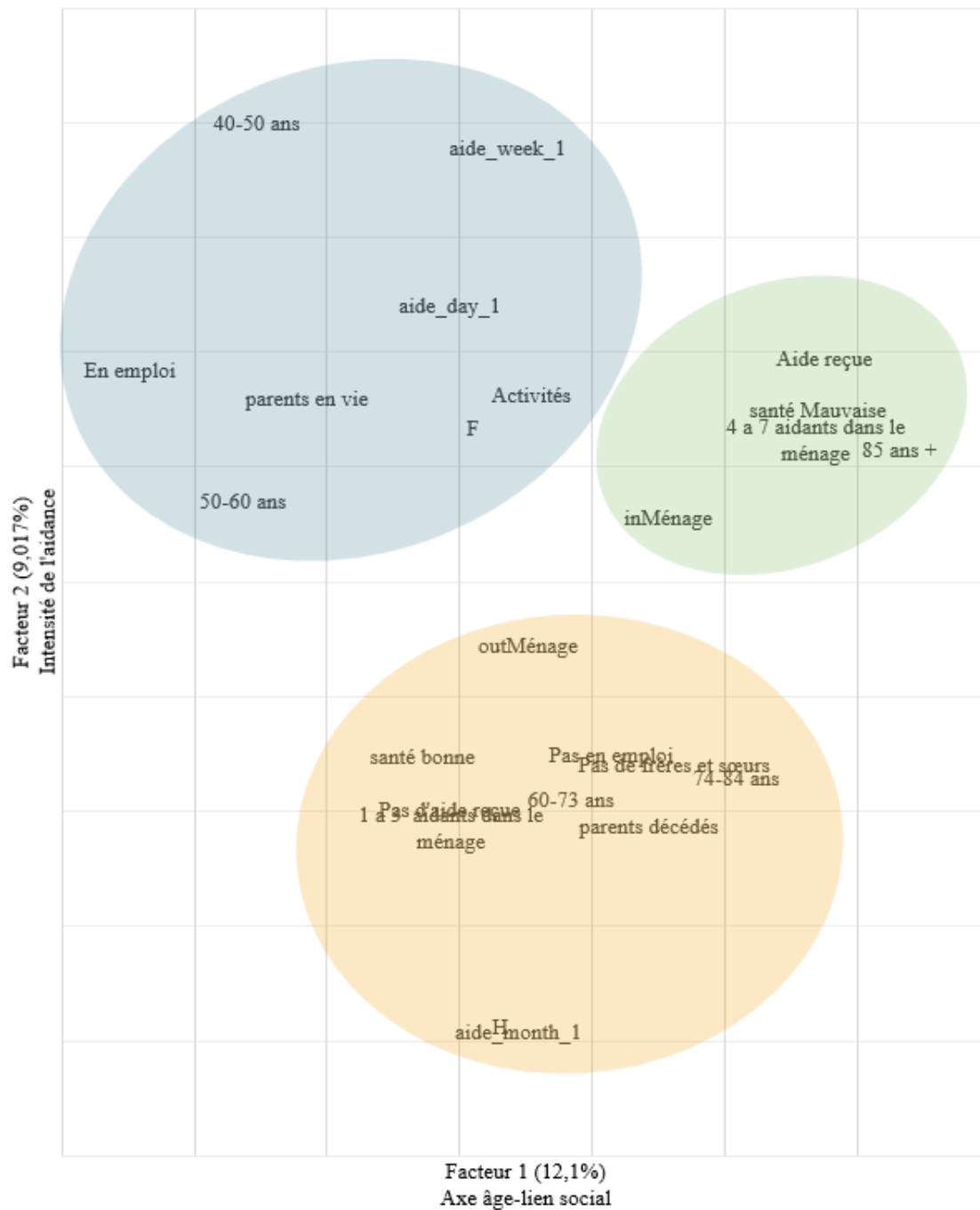


FIGURE 3.1 – ACM - Projection des variables relatives aux aidants

Source : Base de données SHARE, vague 9

Champ : Echantillon d'aidants, France métropolitaine



financières peuvent tous contribuer à améliorer leur situation.

Cette coexistence au sein du phénomène de l'aide de ces profils variés, crée un nouveau défi pour imaginer des solutions adaptées à chacun de ces profils. On devine, avec les caractéristiques évoquées de chaque grand groupe d'aidant que les problèmes auxquels ces derniers sont exposés sont amenés à varier grandement. Ainsi pour les aidants intensifs, en activité, ce sont les questions de conciliation avec la vie professionnelle quotidienne et d'assistance institutionnelle qui tendent à prévaloir³ tandis que pour les aidants dit « isolés », les effets sur la santé physique et le stress lié au poids financier apparaissent comme les principaux obstacles, ces derniers étant plus exposés aux effets de leur propre vieillissement, et ainsi à ce double poids sur leur santé⁴.

3.2 Les aidants intensifs et intégrés

Les aidants intensifs et intégrés se distinguent par leur forte implication dans l'aide quotidienne qu'ils fournissent, souvent au sein de leur propre ménage ou à un parent immédiat. Cette aide est fréquemment marquée par une solidarité intergénérationnelle, où les aidants, généralement des femmes, soutiennent leurs parents âgés ou un enfant. Ce groupe se caractérise également par une insertion significative dans le marché du travail, avec une majorité d'aidants occupant des emplois, souvent à temps partiel. La fréquence de l'aide apportée est élevée, reflétant une charge quotidienne importante. Ainsi, les aidants intensifs et intégrés jonglent entre leurs responsabilités professionnelles et leurs obligations d'aide, faisant preuve d'une forte capacité à combiner ces deux aspects de leur vie. Leur rôle est central dans les dynamiques familiales, où ils assurent une aide continue tout en maintenant un engagement soutenu dans leur activité professionnelle. Il correspondent parmi les aidants aux actifs socialisés, fortement intégrés dans un réseau professionnel, social et familial.

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.

Variables associées : âge de 40 à 60 ans, apport d'une aide quotidienne ou hebdomadaire, aide un parent, occupe un emploi, pratique des activités socialisées, est une femme.

3.3 Les aidants occasionnels peu intégrés

Les aidants occasionnels peu intégrés se caractérisent par une fourniture d'aide sporadique, souvent liée à leur statut de retraité. Ce groupe est majoritairement composé de personnes âgées qui, n'étant pas activement engagées sur le marché du travail, disposent de plus de temps pour apporter une assistance. Leur aide est généralement dirigée vers des proches ou des voisins, avec lesquels ils entretiennent des relations moins intenses que celles observées dans d'autres

3. Etude OCIRP / VIAVOICE 2022, « Salariés aidants, RH, RSE et dialogue social »

4. Bonnet, C., Cambois, E., Cases, C., Gaymu, J. (2011). La dépendance : aujourd'hui l'affaire des femmes, demain davantage celle des hommes ? Population & Sociétés, Numéro 483



profils d'aidants. La fréquence de cette aide est variable, se manifestant de manière ponctuelle plutôt que quotidienne. Les aidants occasionnels peu intégrés se distinguent par leur moindre implication dans le milieu professionnel et un niveau plus élevé d'isolement social par rapport à d'autres groupes. Leur rôle d'aidant est souvent limité à des tâches spécifiques, telles que des services occasionnels ou une aide administrative, qui ne perturbent pas de manière significative leur quotidien, comme une aide pour l'entretien du domicile, une assistance dans la gestion administrative du ménage, etc. Ce profil représente une catégorie où l'engagement dans l'aide est moins régulier et moins contraignant, reflétant une disponibilité et une flexibilité liées au statut de retraité.

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

Variables associées : âge de 60 à 84 ans, apporte une aide chaque mois, ne reçoit pas d'aide, est en bonne santé, n'occupe pas un emploi, apporte de l'aide hors de son ménage, pas de parents en vie, pas de frères et sœurs, est un homme.

3.4 Les aidants réguliers et vulnérables

Les aidants réguliers et vulnérables se caractérisent par une aide régulière apportée à un proche, généralement un conjoint ou un autre membre du ménage, malgré leur propre état de santé précaire et leur éloignement du marché du travail. Ce groupe est souvent constitué d'individus en mauvaise santé, qui se trouvent éloignés de l'emploi et intégrés dans un réseau interpersonnel étroit, souvent composé de plusieurs aidants au sein du même ménage. Leur rôle d'aidant se traduit par une assistance fréquente et continue, avec une forte implication dans les tâches du quotidien malgré leurs propres besoins de soutien. La situation des aidants réguliers et vulnérables est marquée par une précarité accrue, leur engagement dans l'aide étant souvent limité par des contraintes de santé et économiques. Leur soutien est généralement dirigé vers des membres proches de la famille, créant un contexte d'interdépendance au sein du foyer. Cette dynamique illustre un engagement profond envers les proches aidés, en dépit des défis personnels importants auxquels ces aidants font face. 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, et pour lequel l'aide recoupe à la fois santé et emploi.

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

Variables associées : reçoit de l'aide, est en mauvaise santé, apporte de l'aide au sein de son ménage, de nombreux aidants présents au sein du ménage, âge de 85 ans et plus.



3.5 Quelques statistiques pour estimer la part de chaque profil au sein de la population aidante

Aidance Intensive

Le groupe des aidants intensifs se distingue principalement par la forte implication des aidants actifs, principalement des femmes en emploi, qui fournissent une aide quotidienne. En analysant les données, on observe que 57% des aidants sont des femmes et 28% sont en emploi. Cependant, la fréquence de l'aide quotidienne est significativement moins élevée, étant à 15%. Pour estimer la proportion de ce groupe parmi l'ensemble des aidants, il est nécessaire de considérer ces différents facteurs et leur combinaison. Les femmes en emploi qui fournissent une aide quotidienne représentent une sous-catégorie particulière et restreinte des aidants. En combinant ces proportions, il apparaît que ce profil spécifique des aidants intensifs pourrait représenter environ 25% à 30% de l'ensemble des aidants. Cette estimation tient compte du fait que l'aide quotidienne et l'emploi sont des critères particulièrement exigeants et moins fréquents, ce qui réduit naturellement la taille de ce groupe, pour le faire correspondre à la majorité des aidants actifs et socialisés, qui présentent de ce fait des caractéristiques tout à fait singulières comparées au reste des aidants.

Aidance Occasionnelle

Les aidants occasionnels, souvent des hommes plus âgés et moins intégrés dans l'emploi, fournissent une aide sporadique. Selon les données, 74% des aidants ont plus de 60 ans (avec une répartition de 71% entre 60 et 85 ans et 3% au-delà de 85 ans), et 72% ne sont pas en emploi. Ces caractéristiques sont bien alignées avec la description des aidants occasionnels, qui ne sont pas engagés de manière intensive et sont souvent plus isolés. En tenant compte de l'âge avancé, de l'absence d'emploi et de la fourniture d'une aide moins fréquente, ce profil apparaît comme majoritaire. Ainsi, en combinant ces éléments, on peut estimer que les aidants occasionnels représentent environ 45% à 60% de l'ensemble des aidants. Cette estimation reflète la réalité que la majorité des aidants sont des personnes âgées et non actives sur le marché du travail, fournissant une aide en fonction des besoins sporadiques des aidés.

Aidance Vulnérable

Les aidants vulnérables se caractérisent par leur mauvaise santé, leur éloignement de l'emploi, et la fourniture d'une aide régulière. Parmi les aidants, 72% ne sont pas en emploi et environ 20-23% sont en mauvaise santé. Ces aidants, bien que spécifiques dans leur profil, représentent une partie significative de la population des aidants. Leur mauvaise santé et leur régularité dans l'aide apportée, malgré leur propre état de vulnérabilité, font de ce groupe une catégorie distincte mais non majoritaire. En combinant ces données, il est raisonnable d'estimer que ce profil représente environ 20% à 25% des aidants. Cette estimation prend en compte la combinaison de facteurs de vulnérabilité et de l'engagement régulier dans les tâches d'aidance, malgré les défis personnels importants auxquels ces aidants sont confrontés.

La répartition des profils d'aidants, basée sur les données disponibles, montre une diversité



importante dans les rôles et les défis rencontrés par les aidants. Les aidants intensifs (25-30%) sont souvent actifs et en emploi, fournissant une aide quotidienne ; les aidants occasionnels (45-60%) sont majoritairement plus âgés et non actifs, offrant une aide sporadique ; et les aidants vulnérables (20-25%) sont en mauvaise santé et éloignés de l'emploi, mais apportent une aide régulière.



Conclusion : Les profils d'aidants

En conclusion, l'analyse des différents profils d'aidants à travers l'ACM met en lumière la complexité et la diversité des situations d'aide en France. Les profils identifiés révèlent des dynamiques sociales et économiques variées, soulignant l'importance de l'âge, de l'insertion professionnelle, et de la situation familiale dans la définition du rôle des aidants. Les résultats montrent que l'aide n'est pas un phénomène homogène, mais un ensemble de réalités multiples où chaque profil fait face à des défis spécifiques.

Cette segmentation des aidants, qu'ils soient intensifs et intégrés, occasionnels et peu intégrés, ou réguliers et vulnérables, a des implications directes pour l'élaboration des politiques publiques. Les besoins diffèrent grandement entre ces groupes : les aidants intensifs nécessitent des aménagements pour concilier vie professionnelle et vie personnelle, tandis que les aidants occasionnels et peu intégrés ont davantage besoin de soutien social et d'inclusion. Les aidants réguliers et vulnérables, souvent en mauvaise santé, sont quant à eux confrontés à une précarité qui appelle à des interventions plus complètes et soutenues.

L'approche par l'ACM permet non seulement de cartographier cet espace social de l'aide, mais aussi de proposer une allocation plus juste et plus efficace des ressources disponibles. En ciblant les interventions en fonction des profils identifiés, il devient possible d'améliorer significativement la qualité de vie des aidants tout en répondant aux besoins spécifiques de chaque groupe. Cette compréhension fine des profils d'aidants permet de promouvoir une société plus équitable et solidaire, capable de soutenir ceux qui chaque jour jouent un rôle indispensable dans l'accompagnement des plus vulnérables.

Partie 4

L'effet de l'aide sur le travail

L'aide a des impacts significatifs sur le temps de travail et les conditions d'emploi des aidants. Ce chapitre explore ces effets, en s'appuyant sur des concepts sociologiques pour analyser les dynamiques sous-jacentes. Nous nous pencherons sur la situation d'emploi des aidants, les différences observées selon la fréquence de l'aide, et les conséquences en termes de discrimination et de précarité économique. En effet, il est raisonnable d'émettre l'hypothèse que les aidants qui doivent consacrer plus de temps à un proche aient par ailleurs moins de temps pour le reste de leurs activités. Mais face à cette diminution de leur temps disponible, les aidants sont-ils contraints à réduire leur temps de travail pour pouvoir concilier vie aidante et vie professionnelle ?

4.1 Lien entre aide et taux d'emploi

On peut observer dans SHARE que 28% des aidants déclarent occuper un emploi, un chiffre légèrement supérieur à la moyenne générale de 23%, et nettement plus élevé que celui des aidés, qui est de 13%. Ces chiffres sont à prendre avec des pincettes, et sont utiles pour se rendre compte des différences qui existent entre ces groupes plus que de les retenir sous leur forme absolue. En effet, SHARE, par sa structure et son mode d'échantillonnage, n'est pas représentatif de l'ensemble de la population active française. L'échantillon étant très centré autour des retraités, malgré l'utilisation de variables de pondération, on ne retrouve pas une structure d'âge réaliste. Mais il est tout de même utile de retenir les points suivants : ces résultats suggèrent que les aidants sont plus susceptibles d'être en emploi que les aidés, ce qui peut être en partie attribué à des différences d'âge entre ces groupes. En effet, l'âge est un déterminant majeur de l'emploi, les individus plus jeunes étant plus susceptibles de travailler que les plus âgés principalement en raison du passage à la retraite. Autre phénomène observable, les aidants occupent plus souvent un emploi que la population générale de l'échantillon, signe potentiel d'un biais d'éviction écartant les individus les plus fragiles de l'aide, et ne conservant ainsi parmi les aidants que les personnes qui peuvent le "supporter".

Pour mieux comprendre cette dynamique, nous avons restreint notre analyse aux individus âgés de 64 ans ou moins, précisément pour écarter au maximum les effets du passage à la retraite,



qui masquerait peut être les liens entre emploi et aide. Dans ce groupe des personnes en âge de travailler, 78% des aidants sont en emploi, comparé à 75% pour la population générale et 67% des aidés. Cette différence, bien que moins marquée, indique que même après avoir contrôlé l'effet de l'âge, les aidants sont plus susceptibles d'être en emploi que les aidés. Cela semble intuitif, les personnes recevant de l'aide pouvant ainsi plus souvent ne pas être en capacité d'occuper un emploi compatible avec leur perte d'autonomie ou leur handicap. Mais de manière intéressante on retrouve toujours un taux d'emploi des aidants supérieur à celui de l'ensemble de la population, ce qui tend à indiquer que bien que la littérature permette de mettre en lumière les défis supplémentaires que doivent surmonter les aidants dans leur articulation entre vie privée et vie professionnelle, cela ne semble pas pousser ces derniers hors de l'emploi, au contraire.

Un aspect clé de l'impact de l'aide sur l'emploi est la fréquence de l'aide fournie. Pour les aidants de moins de 65 ans, le taux d'emploi varie considérablement en fonction de la fréquence de l'aide apportée. Les aidants mensuels, qui aident de manière occasionnelle, ont un taux d'emploi de 83%, tandis que ce taux chute à 52% pour les aidants quotidiens. Cette différence de 30 points de pourcentage souligne l'effet néfaste de l'aide intensive sur le taux d'emploi. La théorie de la "double charge" (double burden) est particulièrement pertinente pour comprendre ce phénomène¹. Les individus subissent une double charge de travail : le travail rémunéré et les responsabilités domestiques et familiales non rémunérées. Les aidants intensifs, sont confrontés à une forme exacerbée de cette double charge en apportant une aide très fréquente, parfois quotidienne. Cette pression sur leur temps disponible, qui s'accompagne parfois d'une mobilité géographique entravée ou d'une possibilité à s'absenter de leur domicile réduite pour ainsi conduire un certain nombre de ces aidants à ne pas occuper d'emploi, simplement par incompatibilité entre leur statut d'aidant et une vie professionnelle classique. Le genre joue aussi un rôle dans ce phénomène. En effet, les femmes étant plus susceptibles d'apporter une aide de manière fréquente subissent également le poids de leur propre socialisation et des attentes sociales quant au rôle qu'il est attendu qu'elles jouent. Si la conciliation entre aide et emploi devient impossible, ces dernières sont ainsi plus susceptibles de privilégier l'aide, souvent de manière temporaire pour retrouver par la suite un emploi lorsque leur situation personnelle le permet. On peut ainsi s'attendre à un effet de l'aide sur les carrières futures des aidantes, comme pour toutes les raisons d'interruption du travail, freinant leur progression et leur rémunération de manière durable² à cause de carrières hâchées, d'une progression freinée, autant de signes qu'occuper un emploi compatible avec l'aide est un défi.

1. Chen F, Bao L, Lin Z, Zimmer Z, Gultiano S, Borja JB. Double burden for women in mid- and later life : evidence from time-use profiles in Cebu, the Philippines. *Ageing Soc.* 2018 Nov;38(11) :2325-2355. doi : 10.1017/S0144686X17000599. Epub 2017 Jul 10. PMID : 31231145 ; PMCID : PMC6587579.

2. Trenta, A. (2022). Concilier vie professionnelle et aide à un proche dépendant : les dispositifs publics et conventionnels de soutien aux aidants en emploi. *Informations sociales*, 208, 70-78.



4.2 Aide et temps de travail

Les aidants actifs doivent répartir leur temps entre aide et travail³. Cette théorie de l'arbitrage fait par les aidants pour gérer la répartition du temps dont ils disposent semble évidente, or comme nous l'avons vu pour le lien entre taux d'emploi et aidants, cela ne se vérifie pas toujours. Ici, l'intuition semble être vérifiée, l'impact de l'aide sur le temps de travail est d'autant plus fort que l'aide est fréquente. Pour les aidants actifs qui déclarent occuper un emploi, on observe qu'en moyenne ces derniers travaillent moins que le reste des actifs occupés, et plus la fréquence de l'aide augmente, plus la durée hebdomadaire du travail diminue. Ainsi, les aidants qui déclarent apporter de l'aide à un proche chaque mois travaillent en moyenne 37,2 heures, un nombre similaire à la moyenne de l'ensemble des actifs français selon l'INSEE. Cela tend à indiquer que l'aide occasionnelle n'impacte pas de manière significative la capacité de ces aidants à occuper un emploi à temps plein. Les aidants quotidiens au contraire travaillent 32 heures en moyenne, soit une différence de 5 heures par semaine. Ce fort impact de la fréquence de l'aide constitue la dimension la plus importante des effets de l'aide sur la vie professionnelle des aidants. Cela représente un enjeu pour l'ensemble de la société, considérant que la moitié des aidants sont des actifs, et qu'environ 15% d'entre eux sont des aidants quotidiens, ces 5 heures par semaine représentent plus de 100 000 emplois à temps complet auxquels les aidants renoncent collectivement.

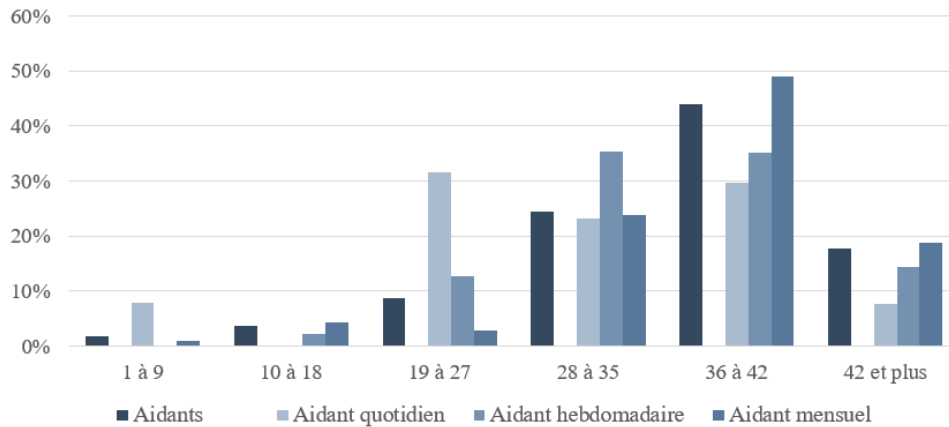
	Nombre d'heures travaillées en moyenne par semaine
Aide au quotidien	32,5 heures
Aide chaque semaine	29,9 heures
Aide au moins une fois par mois	37,2 heures
Source : Base de données SHARE, vague 9 Champ : Échantillon de personnes âgées de 50 ans et plus et leurs conjoints, France métropolitaine	

FIGURE 4.1 – Temps de travail hebdomadaire moyen des aidants selon la fréquence de l'aide apportée

Cette différence de temps de travail se traduit de différentes manières dans la répartition du temps de travail selon la fréquence de l'aide apportée. On observe ainsi une plus grande polarisation du temps de travail chez les aidants qu'au sein de l'ensemble de la population⁴. Les aidants occasionnels sont une majorité à occuper un emploi à temps plein, et moins de

3. Urwin, S., Lau, Y., Grande, G., & Sutton, M. (2023). Informal caregiving and the allocation of time : implications for opportunity costs and measurement. *Social Science & Medicine*, 334, 116164. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116164>

4. Geyer, J. : Informell Pflegende in der deutschen Erwerbsbevölkerung : Soziodemografie, Pflegesituation und Erwerbsverhalten. Zentrum für Qualität in der Pflege (eds.) ZQP-Themenreport. Vereinbarkeit von Beruf und Pflege, pp. 24–43. ZQP, Berlin (2016)



Source : Base de données SHARE, vague 9

Champ : Échantillon de personnes âgées de 50 ans et plus et leurs conjoints, France métropolitaine

Lecture : 32% des aidants quotidiens travaillent entre 19 et 27 heures par semaine

FIGURE 4.2 – Temps de travail par semaine selon l'implication dans l'aide en heures de travail décomptées

10% à travailler moins de 28 heures par semaine. Ils ont donc un profil d'emploi tout à fait "normal", bien différent de ce que l'on observe chez les aidants apportant de l'aide à un proche de manière plus fréquente. Ainsi la proportion d'individus occupant un emploi à temps plein semble décroître avec une fréquence de l'aide qui augmente. On passe ainsi d'une part de 68% des aidants dits «mensuels» qui occupent un emploi à temps complet, à 49% pour les aidants «hebdomadaires», et même 38% pour les aidants «quotidiens». Cette relation entre temps de travail et fréquence de l'aide est d'autant plus forte chez les aidants qui sont amenés à travailler peu d'heures. Ainsi, 21% des aidants quotidiens travaillent moins de 28 heures par semaine, une proportion deux fois plus importante que celle observée chez les aidants occasionnels. Le fait que l'on observe chez les aidants quotidiens une forte proportion d'emplois avec peu d'heures travaillées indique une plus forte polarisation de la répartition du temps de travail au sein de cette population. Il y aurait donc deux types d'aidants intensifs, un groupe d'actifs fortement intégrés dans l'emploi, travaillant à temps complet, et un groupe qui voit l'aidance remplacer un emploi à temps complet, et ne disposant que de quelques heures par semaine pour occuper un emploi rémunéré.

Les aidants qui travaillent sont souvent confrontés à des difficultés pour concilier leur emploi et leur rôle d'aidant, une situation qui peut générer une tension constante entre leurs responsabilités professionnelles et personnelles. L'impact de l'aide sur leur vie professionnelle ne s'exprime pas uniquement en termes de taux d'emploi ou de temps de travail, mais s'étend également à d'autres aspects plus subtils, tels que la diminution de la concentration, la fatigue accrue, et une plus grande difficulté à participer à des formations ou à des opportunités de développement de carrière. Ces difficultés se traduisent également par des absences, des retards ou des arrêts de travail plus fréquents, perturbant ainsi leur continuité professionnelle et réduisant parfois leur



capacité à évoluer dans leur carrière. Selon une étude de la Blue Cross Blue Shield Association, les aidants actifs ont un taux d'absentéisme plus élevé que les non-aidants, avec une moyenne de 6,6 jours d'absence par an contre 3,2 jours pour les non-aidants, ce qui peut entraîner une surcharge de travail pour leurs collègues et une diminution de la productivité globale. L'essentiel des politiques de soutien mises en place pour les aidants français vise à permettre ces absences, afin de faciliter une meilleure conciliation entre aide et vie professionnelle. Ainsi, le congé proche-aidant, le don de jours de congés ou de RTT entre salariés d'une même entreprise, et d'autres dispositifs similaires visent à maintenir les aidants dans un emploi à temps complet, tout en leur offrant des périodes ponctuelles durant lesquelles ces aidants salariés peuvent se concentrer sur leur rôle d'aidant et retrouver leur emploi ensuite. Cependant, malgré ces dispositifs, nombreux sont les aidants qui ressentent encore une pression importante, parfois exacerbée par un manque de reconnaissance ou de soutien de la part de leur employeur, rendant nécessaire une réflexion plus large sur l'aménagement du temps de travail et l'accompagnement psychologique des aidants au sein des entreprises.

La théorie du conflit travail-famille (work-family conflict) peut expliquer ces observations et apporter un éclairage précieux sur les défis auxquels sont confrontés les aidants. Ce concept décrit les tensions qui surviennent lorsque les exigences du travail et de la famille sont incompatibles, rendant difficile l'accomplissement des responsabilités dans les deux domaines, voire impossible dans certains cas. Ce conflit peut se manifester sous différentes formes, comme une surcharge émotionnelle, une fatigue chronique ou un sentiment d'insatisfaction dans l'un ou l'autre des rôles. Les aidants, en raison de leurs responsabilités supplémentaires, sont particulièrement susceptibles de ressentir ce conflit de manière exacerbée, ce qui peut affecter leur performance au travail, diminuer leur engagement, et même conduire à des erreurs professionnelles.

Leur bien-être général en souffre également, avec des conséquences possibles sur leur santé mentale, telles que le stress, l'anxiété, voire la dépression. Ce conflit peut aussi s'étendre à leur vie personnelle, où le temps et l'énergie consacrés à leur rôle d'aidant peuvent limiter leur capacité à participer à des activités sociales ou à s'occuper de leur propre famille, créant ainsi un cercle vicieux de stress et de frustration. Enfin, la difficulté à jongler entre les attentes professionnelles et les obligations familiales peut également affecter leur perception d'eux-mêmes, renforçant un sentiment de culpabilité ou d'échec dans les deux sphères.

4.3 Discriminations et stéréotypes au travail

Les aidants font face à des discriminations et des stéréotypes en milieu de travail, un problème souvent sous-estimé mais aux conséquences significatives⁵. On s'attend fréquemment à ce qu'ils soient moins impliqués dans leur rôle professionnel, qu'ils doivent s'absenter plus souvent ou qu'ils soient moins disponibles pour des projets à long terme, ce qui nourrit une perception négative à leur égard. Ces stéréotypes peuvent entraîner des conséquences néfastes sur leur carrière, leur rémunération, et leur bien-être au travail. Les aidants sont moins susceptibles

5. Assemblée nationale. (2018). Rapport d'information sur les aidants familiaux. Commission des affaires sociales.



d'être promus par rapport à leurs collègues non aidants, et ils subissent une stagnation de salaire plus fréquente. Les aidants actifs sont souvent victimes de discriminations à l'embauche ou dans leur progression professionnelle. Les employeurs peuvent percevoir les aidants comme moins disponibles ou moins engagés, ce qui limite leurs opportunités de promotion et de participation à des projets valorisants⁶. Rendre compte de la discrimination en milieu de travail aide à comprendre ces phénomènes en révélant comment les biais implicites et explicites des employeurs peuvent conduire à des comportements discriminatoires, qui affectent directement les chances de carrière des aidants⁷.

Ces discriminations se manifestent également par des évaluations de performance biaisées, où les aidants peuvent être jugés plus sévèrement en raison de leurs absences ou de leur flexibilité réduite, les aidants peuvent ainsi être perçus comme ayant un engagement moindre envers leur entreprise, ce qui conduit à des refus de promotions ou des augmentations de salaire. Dans certains cas, ces discriminations peuvent même aboutir à des licenciements injustifiés, lorsque les absences répétées, pourtant justifiées par leurs responsabilités d'aidant, sont mal perçues par les employeurs. En outre, les aidants peuvent également être exclus des opportunités de formation ou de développement professionnel, ce qui accentue leur marginalisation au sein de l'entreprise et réduit leurs perspectives de progression. Le manque de soutien institutionnel et la méconnaissance des défis spécifiques auxquels les aidants sont confrontés aggravent encore cette situation, rendant indispensable une sensibilisation accrue et la mise en place de politiques de protection plus robustes pour garantir l'égalité des chances dans le milieu de travail.

Pourtant, les aidants apportent une valeur ajoutée précieuse aux employeurs en raison des compétences qu'ils développent en accompagnant un proche en perte d'autonomie. 82% des aidants affirment avoir acquis de nouvelles qualités et capacités grâce à leur rôle⁸. Ces compétences, telles que la gestion du temps, l'adaptabilité, la résilience ou encore l'empathie, sont recherchées au sein des entreprises. Un salarié aidant sur deux estime même que cette expérience a un impact positif sur sa vie professionnelle. Pour certains postes, ces soft skills sont essentiels et peuvent constituer un atout majeur. L'aide, loin d'être une faiblesse, se révèle être une véritable force pour enrichir son parcours professionnel lorsque l'aidant dispose de l'accompagnement et du soutien nécessaire pour dépasser les obstacles qui l'accompagnent.

4.4 Salaire et aide

L'aide a des répercussions économiques significatives, souvent sous-estimées dans le discours public⁹. Les aidants actifs ont un revenu annuel moyen inférieur de 9% à celui des non-aidants, un écart qui peut s'élargir avec le temps de leur vie active en raison de

6. Agir pour les aidants. solidarites.gouv.fr | Ministère Du Travail, De La Santé Et Des Solidarités. <https://solidarites.gouv.fr/agir-pour-les-aidants>

7. Aidants et employeurs : regards croisés, nouvelle étude de BPCE. (2024, February 2). Groupe BPCE. <https://www.groupebpce.com/etudes-economiques/aidants-et-employeurs-regards-croises/>

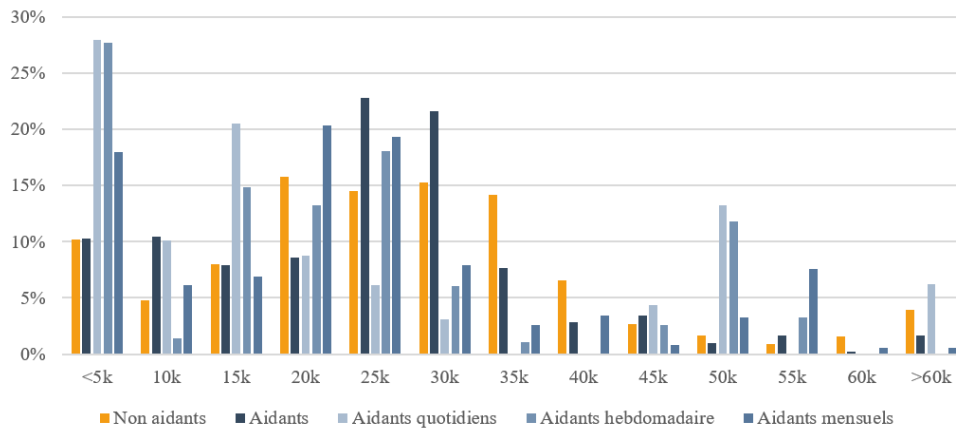
8. Baromètre 2020 "Aider & Travailler"

9. Trenta, A. (2022). Concilier vie professionnelle et aide à un proche dépendant : les dispositifs publics et conventionnels de soutien aux aidants en emploi. *Informations sociales*, 208, 70-78.



l'absence d'opportunités d'avancement professionnel. Cette précarité économique résulte non seulement des coûts directs liés à l'aide, tels que les frais médicaux ou les dépenses liées à l'accompagnement de la personne aidée, mais aussi des pertes de revenus dues aux absences, aux réductions d'horaires, et à la nécessité de refuser des heures supplémentaires ou des missions plus rémunératrices.

Le lien entre rémunération et aide ne se cantonne pas uniquement à la perte de revenu associée. Les données de l'enquête SHARE montrent que pour les individus de moins de 65 ans en emploi, 54% des non-aidants estiment que leur salaire est juste par rapport à leur emploi, contre seulement 47% des aidants. Ce sentiment d'injustice salariale reflète non seulement les disparités de revenus, mais aussi un ressentiment croissant face à un manque de reconnaissance des efforts fournis par les aidants, qui estiment plus souvent que leur travail n'est pas reconnu à sa juste valeur.



Source : Base de données SHARE, vague 9

Champ : Échantillon de personnes âgées de 50 ans et plus et leurs conjoints, France métropolitaine

Lecture : 23% des aidants gagnent entre 20 et 25 000 euros annuels dans leur emploi principal

FIGURE 4.3 – Répartition du revenu annuel du travail

L'analyse économique du coût d'opportunité est particulièrement pertinente ici. En consacrant du temps à l'aide, les individus renoncent à des revenus potentiels qu'ils auraient pu obtenir en travaillant davantage ou en poursuivant des opportunités professionnelles, comme des promotions, des formations, ou des changements de carrière. Ce choix, bien que souvent nécessaire et parfois perçu comme un devoir moral ou familial, impose un coût économique substantiel aux aidants, exacerbant leur précarité financière. Par ailleurs, cette précarité peut avoir des effets cumulatifs sur le long terme, notamment en réduisant les cotisations pour la retraite, ce qui aggrave encore leur situation économique à l'âge de la retraite.



Salaire adéquate	Non aidants	Aidants
Tout à fait d'accord	13%	9%
D'accord	41%	38%
Pas d'accord	31%	29%
Pas du tout d'accord	15%	24%

Source : Base de données SHARE, vague 9

Champ : Échantillon de personnes âgées de 64 ans et moins et en emploi, France métropolitaine

Lecture : 38% des aidants de moins de 65 ans et en emploi sont d'accord pour dire que leur salaire est adéquat par rapport à l'emploi qu'ils occupent.

TABLE 4.1 – Répartition de la perception du salaire chez les aidants et non-aidants

En outre, les aidants doivent souvent faire face à un manque de soutien financier adéquat, qu'il s'agisse de l'absence de compensations salariales suffisantes pour les périodes de congé ou du manque de subventions pour couvrir les dépenses liées à l'aide apportée. Les politiques sociales existantes, bien qu'elles aient évolué pour inclure certains dispositifs de soutien, restent souvent insuffisantes pour compenser pleinement les pertes subies. Cette situation crée un cercle vicieux où les aidants sont contraints de réduire leur activité professionnelle, ce qui entraîne une diminution de leurs revenus et un accroissement de leur dépendance financière à l'égard de tiers ou d'aides publiques, souvent elles-mêmes limitées. Par conséquent, il devient crucial de repenser les mécanismes de soutien économique aux aidants, afin de mieux reconnaître et compenser les sacrifices qu'ils font, et de réduire les inégalités économiques entre aidants et non-aidants.

Conclusion : Travail et aide

En conclusion, ce chapitre met en lumière l'impact multidimensionnel de l'aide sur le temps de travail et les conditions d'emploi des aidants. L'analyse démontre clairement que l'aide, particulièrement lorsqu'elle est intensive, a des répercussions significatives sur l'emploi des individus concernés. La fréquence de l'aide apportée constitue un facteur déterminant, affectant non seulement le taux d'emploi mais aussi la durée hebdomadaire du travail des aidants. Les aidants quotidiens, confrontés à une double charge, sont plus susceptibles de réduire leur temps de travail ou de sortir complètement du marché de l'emploi, exacerbant ainsi leur précarité économique.

La polarisation observée dans les temps de travail, avec une division entre ceux qui parviennent à maintenir un emploi à temps plein et ceux qui se voient contraints de réduire drastiquement leur activité professionnelle, illustre les défis structurels auxquels sont confrontés les aidants. Ces résultats corroborent la théorie du conflit travail-famille, qui montre que les tensions entre responsabilités professionnelles et obligations d'aide sont susceptibles de générer un stress accru, une baisse de productivité, et des conséquences négatives sur les perspectives de carrière.

Les discriminations au travail à l'encontre des aidants, souvent fondées sur des stéréotypes et



des préjugés, aggravent encore leur situation. L'écart salarial entre aidants et non-aidants, ainsi que le sentiment d'injustice ressenti par les aidants actifs, révèlent une précarité économique qui, sans une intervention adéquate, risque de s'aggraver à long terme. Ces constats soulignent l'urgence de réformer les politiques de soutien aux aidants, en améliorant la reconnaissance de leur contribution et en offrant des compensations économiques justes, afin de prévenir l'exclusion professionnelle des aidants.

Partie 5

L'effet de l'aide sur la santé

5.1 La santé perçue des aidants

Les aidants qui travaillent sont plus fréquemment confrontés à des conflits entre leur vie professionnelle et leur vie personnelle, ce qui peut avoir des conséquences significatives sur leur santé mentale et leur bien-être global¹. En effet, de nombreuses études soulignent que les aidants actifs ont une santé mentale plus dégradée que les non-aidants, en raison du stress accru, de la fatigue chronique et du manque de temps pour prendre soin d'eux-mêmes². Ce stress est souvent exacerbé par les pressions professionnelles qui ne laissent que peu de marge pour répondre aux exigences du rôle d'aidant, conduisant à une situation de double contrainte particulièrement éprouvante. Cependant, ce que l'on observe de prime abord au sein de notre échantillon tend à contredire ces propos. Pour les individus âgés de moins de 65 ans, 73% des non-aidants déclarent être en bonne ou très bonne santé, tandis que ce chiffre monte à 80% chez les aidants. De même, parmi ceux qui déclarent une mauvaise santé, les non-aidants sont plus nombreux, avec 27% contre 20% chez les aidants, phénomène qui s'explique en partie par la présence parmi les non-aidants des individus les plus âgés de l'enquête, mais cette seule différence de distribution des âges n'est pas suffisante pour expliquer une telle différence.

1. Campéon, A., Le Bihan-Youinou, B. & Martin, C. (2012). La prise en charge des personnes âgées dépendantes en Europe : le vécu des aidants familiaux. *Vie sociale*, 4, 111-127.

2. Pinquart, M., & Sorensen, S. (2007). Correlates of Physical Health of Informal Caregivers : A MetaAnalysis. *The Journals of Gerontology Series B : Psychological Sciences and Social Sciences*, 62(2), P126-P137



Santé déclarée	Non-aidants	Aidants	Aidant quotidien	Aidant hebdomadaire	Aidant mensuel
Très mauvaise	6%	4%	10%	4%	5%
Mauvaise	21%	16%	18%	20%	17%
Bonne	44%	52%	42%	55%	50%
Très bonne	29%	28%	29%	21%	27%

Source : Base de données SHARE, vague 9
Champ : Échantillon de personnes âgées de 64 ans et moins, France métropolitaine
Lecture : Parmi les aidants de moins de 65 ans, 16% se considèrent en mauvaise santé

FIGURE 5.1 – Santé perçue parmi les aidants et non-aidants

Bien qu'il s'agisse d'un indicateur subjectif, la variable de santé perçue ou santé déclarée permet cependant de rendre compte de manière claire que globalement, les aidants se perçoivent en meilleure santé que les non-aidants, à l'exception des aidants quotidiens, chez lesquels on observe une santé relativement proche du niveau observé chez les non-aidants. Une piste pour expliquer cette différence pourrait être un biais de sélection. On peut supposer que pour continuer endosser le rôle d'aidant, il faut être en bonne santé, ce qui pourrait écarter les individus en mauvaise santé, expliquant ainsi cette divergence, créant ainsi un échantillon de population d'aidants qui, en apparence, semble en meilleure santé que la moyenne, mais dont la santé semble se dégrader légèrement en fonction de l'intensité de l'aide apportée.

Une autre explication serait d'observer un effet positif de l'aide sur perception de sa propre santé. Il est possible que le fait d'assumer un rôle d'aidant renforce le sentiment d'utilité et d'accomplissement personnel, contribuant ainsi à une meilleure perception de sa propre santé³. Le lien social maintenu par les interactions régulières avec la personne aidée et d'autres membres de la communauté pourrait également jouer un rôle protecteur contre l'isolement social, qui est un facteur de risque pour la dégradation de la santé mentale.

Il est également important de noter que la santé perçue et la santé « réelle » peuvent être dé-corrélées ou au moins soumises à un fort écart à cause d'un biais de perception. Les aidants peuvent avoir tendance à minimiser leurs problèmes de santé ou à les percevoir comme secondaires par rapport aux besoins de la personne qu'ils aident. Cette minimisation peut être un mécanisme de coping, où l'aidant se concentre sur les aspects positifs de sa situation, comme le fait de se sentir utile ou de renforcer des liens familiaux, ce qui pourrait expliquer une meilleure perception de leur santé⁴. Cette perception peut aussi être influencée par un désir de maintenir une image positive de soi, ou par une réticence à admettre des vulnérabilités,

3. Spillman, B. C., Wolff, J. K., Freedman, V. A., & Kasper, J. D. (2014). Informal caregiving in the United States : findings from the 2011 National Health and Aging Trends Study. *The Gerontologist*, 54(Suppl 1), S8-S20

4. Ambugo EA, de Bruin SR, Masana L, MacInnes J, Mateu NC, Hagen TP, Arrue B. A Cross-European Study of Informal Carers' Needs in the Context of Caring for Older People, and their Experiences with Professionals Working in Integrated Care Settings. *Int J Integr Care*. 2021 Jul 8.



surtout dans un contexte où l'aidant se sent responsable du bien-être d'autrui, et peut tendre à comparer son propre état de santé avec celui de la personne qu'il aide, modifiant sa perception de ce qu'est une santé «moyenne», et ainsi, en comparant la situation de la personne qu'il aide avec la sienne, l'aidant tend à conclure que sa santé est relativement bonne.

Cela tend à contredire ce que l'on peut trouver dans la littérature, où l'on apprend plutôt que les aidants déclarent généralement un état de santé plus dégradé⁵, encore plus pour les femmes et les aidants intensifs, ces derniers étant largement surexposés à une détérioration de leur santé mentale⁶. Bien que notre population soit essentiellement constituée d'individus âgés de 50 ans et plus, il est tout de même important de souligner que les jeunes sont particulièrement touchés par les effets de l'aide sur la santé. En ce qui concerne leur santé, 75% des jeunes aidants se sentent fatigués, 61% ont des difficultés à dormir et se réveillent la nuit, et 60% souffrent de maux de dos ou de bras. Enfin, 21% des jeunes aidants ressentent au minimum un fardeau modéré, voire sévère⁷. Les jeunes aidants sont exposés à un risque plus élevé de troubles émotionnels et auront vraisemblablement des besoins accrus en matière de santé mentale tout au long de leur vie. Cette situation est due à la pression et au stress auxquels ils sont confrontés en prenant soin d'un proche, souvent dans un contexte de manque de soutien et de ressources. Cette responsabilité précoce peut entraîner des conséquences néfastes sur leur développement émotionnel, social et psychologique⁸.

5.2 Santé réelle

Dans le prolongement de l'étude du lien entre santé perçue et aidants, nous construisons un indicateur de santé "réelle", correspondant à une variable score, avec comme objectif de disposer de données plus objectives. L'étude du lien entre l'aide et la santé des aidants passe par la comparaison de ce score entre aidants et non-aidants, mais aussi par une comparaison des aidants entre eux pour dévoiler des enjeux sous-jacents, ainsi que l'évolution de la santé au fil des vagues, pour mettre en lumière les effets de l'aide sur la santé dans le long terme. Nous avons ainsi recours au score de santé sous deux formes principales : le score brut, en niveaux de 0 à 5, et son évolution d'une vague SHARE à l'autre, afin de capturer la relation entre aide et santé sous plusieurs dimensions. Pour mesurer le coût de l'aide sur la santé des aidants, nous adoptons une démarche qui mesure le phénomène de la manière suivante : nous mesurons le fait d'entrer dans l'aide plutôt que pas, et le fait de demeurer aidant plutôt que d'arrêter. On mesure ainsi une forme de "coût d'opportunité" de santé, comparant les effets de la décision d'être aidants ou non.

5. Besnard, X., Brunel, M., Couvert, N. et Roy, D. (2019). Les proches aidants des seniors et leur ressenti sur l'aide apportée – Résultats des enquêtes « CARE » auprès des aidants (2015-2016). Les Dossiers de la Drees, (45)

6. Petrini, M., Cirulli, F., D'Amore, A., Roberta Masella, R., Venerosi, A., & Carè, A. (2019). Health issues and informal caregiving in Europe and Italy. *Annali dell'Intistituto Superiori di Sanità* | Vol. 55, No. 1 : 41-50.

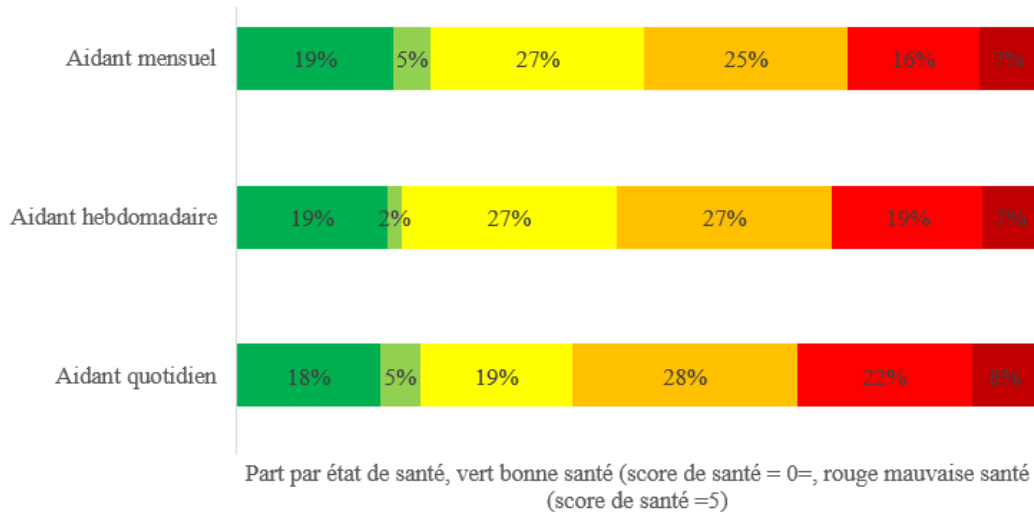
7. Richard, J.-B., F. Beck, & D. Léger. (2013) Les comportements de santé des jeunes : analyses du Baromètre santé 2010., INPES.

8. Dharampal, R., & Ani, C. (2019). The emotional and mental health needs of young carers : what psychiatry can do. *BJPsych Bulletin*, Page 1 of 9.



Peu de différence en niveau de santé entre aidants et non-aidants

Les analyses statistiques effectuées sur les scores de santé des aidants et des non-aidants ne révèlent pas de différence significative en termes de niveaux de santé. Ainsi, les non-aidants sont un peu moins de la moitié (42%) à avoir un score de santé situé entre 0 et 2, donc à être en bonne ou très bonne santé, un niveau similaire à celui observé chez les aidants quotidiens (42%). Cette proportion augmente même au fur et à mesure que la fréquence de l'aide diminue pour atteindre 51% chez les aidants occasionnels (mensuels). Cette légère différence reste constante même lorsque l'on prend en compte la fréquence de l'aidance, qu'il s'agisse d'une aide régulière ou occasionnelle, et tend même à s'accroître alors même qu'on s'attendrait à ce qu'un aidant occasionnel et un non-aidant aient des profils plus proches. Cela peut sembler contre-intuitif, car l'aidance est souvent associée à un stress accru et à une charge émotionnelle importante, deux facteurs qui, en théorie, pourraient dégrader la santé. Cependant, cette observation pourrait s'expliquer par un phénomène de sélection adverse, ou plus précisément un biais d'éviction. En effet, il est plausible que les individus en mauvaise santé soient naturellement moins enclins à assumer des responsabilités d'aidance, que ce soit en raison de limitations physiques, de la fatigue chronique, ou d'autres affections limitant leur capacité à fournir une aide régulière⁹.



Note : L'état de santé "réelle" est estimé avec la construction d'une variable score allant de 0 à 5, construite à partir de plusieurs variables renseignant sur les maladies et handicaps de long terme, les limitations physiques dans les activités du quotidien, les douleurs ressenties et les pathologies diagnostiquées.

Source : Base SHARE, vague 9

Champ : Echantillon de personnes âgées de 50 ans et plus et leurs conjoints, France métropolitaine

Lecture : 19% des aidants quotidiens ont un score de santé égal à 0, et sont donc considérés comme en excellente santé.

FIGURE 5.2 – État de santé selon la fréquence de l'aide apportée

9. Cooney TM, Dykstra PA (2011) Family obligations and support behaviour : a United States-Netherlands comparison. Ageing Soc 31 :1026–1050.



Ce biais d'éviction peut également expliquer pourquoi, dans certains sous-groupes de la population étudiée, les aidants semblent en meilleure santé que les non-aidants. En effet, les individus en bonne santé sont plus susceptibles de prendre le rôle d'aidant, ce qui crée une sélection naturelle au sein du groupe des aidants. Cette auto-sélection des personnes en bonne santé dans le rôle d'aidant pourrait ainsi masquer les effets négatifs de l'aide sur la santé observés dans d'autres études. Par ailleurs, les personnes qui choisissent de devenir aidants peuvent également bénéficier de certaines caractéristiques personnelles, telles qu'une meilleure résilience, une plus grande capacité à gérer le stress, ou encore un soutien social plus solide, qui pourraient atténuer les effets délétères de l'aide sur la santé¹⁰. En outre, ces résultats montrent que l'impact de l'aide sur la santé ne se manifeste pas de manière uniforme et immédiate, mais qu'il peut être modulé par des facteurs externes tels que le contexte socio-économique, l'accès aux soins, le genre, ou encore la qualité des relations sociales de l'aidant¹¹.

Les aidants actifs quotidiens affichent des scores de santé moins favorables que l'ensemble des actifs en particulier lorsqu'ils sont à temps partiel. Pour ceux travaillant entre 1 et 9 heures par semaine, le score de santé des aidants quotidiens est de 2,82, légèrement meilleur que celui de l'ensemble des actifs (2,92), mais reste plus élevé que celui des aidants mensuels (2,56). Cette tendance est encore plus marquée pour les aidants quotidiens travaillant entre 19 et 27 heures, avec un score de 3,53, contre 2,44 pour l'ensemble des actifs. Globalement, ces scores montrent que les aidants quotidiens ont une santé plus dégradée que les autres groupes d'aidants ou l'ensemble des actifs.

Temps de travail	Ensemble des actifs	Aidants quotidiens	Aidants hebdomadaires	Aidants mensuels
1 à 9	2,92	2,82	3,06	2,56
10 à 18	3,00	2,50	3,95	2,93
19 à 27	2,44	3,53	2,46	2,76
28 à 35	2,08	2,48	2,08	2,05
36 à 42	1,99	1,98	2,12	2,13
42 et plus	1,87	1,91	1,96	1,92

TABLE 5.1 – Scores de santé en fonction du temps de travail

Devenir aidant provoque une dégradation plus rapide de la santé

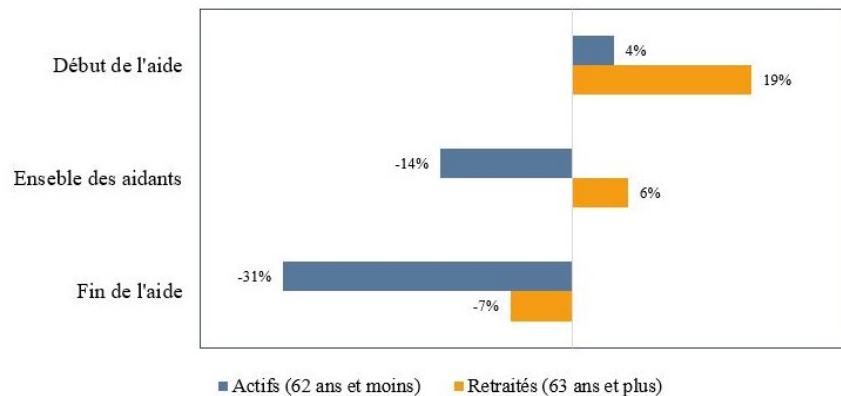
Si l'on observe une stabilité des scores de santé entre aidants et non-aidants dans une perspective transversale, l'analyse longitudinale raconte une histoire différente. Pour étudier ce phénomène, le choix est fait d'étudier la manière dont le score des individus qui entrent dans l'aide évolue d'une vague à l'autre. Le fait de devenir aidant, c'est-à-dire d'entrer dans une période d'aide active après une période où l'on n'avait pas cette responsabilité, est associé à une dégradation plus rapide de la santé. On observe ainsi une dégradation 4% plus rapide chez les néo-aidants de moins de 62 ans, et 19% plus rapide chez les 63 ans et plus. Ce constat s'inscrit dans une dynamique où la prise en charge de tâches d'aide impose de

10. Broese van Groenou MI, De Boer A (2016) Providing informal care in a changing society. *Eur J Ageing* 13 :271–279.

11. Arber, S., & Ginn, J. (2007). Gender differences in informal caring. *Health & Social Care in the Community*



nouvelles contraintes qui pèsent lourdement sur l'équilibre de vie de l'individu. L'apparition de nouvelles obligations, comme l'accompagnement aux rendez-vous médicaux, la gestion des soins quotidiens, ou encore le soutien émotionnel, introduit une source supplémentaire de stress et de fatigue, deux éléments reconnus pour leur impact négatif sur la santé globale.



Source : Base de données SHARE, vagues 4 à 9

Champ : Individus aidants ou ayant arrêté d'apporter de l'aide depuis la vague précédente, présent sur au moins 2 vagues consécutives, France métropolitaine

Lecture : Les aidants retraités qui viennent de commencer à apporter de l'aide à un proche voient leur santé se dégrader 19% plus vite que l'ensemble des retraités

FIGURE 5.3 – Impact de l'aide sur la vitesse de dégradation de la santé

Cette dégradation de la santé peut s'expliquer par plusieurs mécanismes. D'une part, les nouveaux aidants doivent adapter leur emploi du temps et leurs ressources émotionnelles à cette nouvelle tâche, souvent au détriment de leurs propres besoins de santé, qu'il s'agisse de sommeil, d'exercice physique, ou de temps consacré à des activités sociales. L'accumulation de fatigue, de stress, et parfois de culpabilité, peut alors engendrer des troubles psychosomatiques, aggravant encore plus l'état de santé de l'aidant. D'autre part, le rôle d'aidant est souvent synonyme d'isolement social accru, car les responsabilités liées à l'aide peuvent limiter les interactions sociales de l'individu. Cet isolement, couplé à la charge émotionnelle de l'aide, peut entraîner une dégradation de la santé mentale, qui, à son tour, influence négativement la santé physique. La détérioration des scores de santé chez les nouveaux aidants est particulièrement marquée au cours des premiers mois d'aide, période durant laquelle les individus s'adaptent aux exigences de leur nouveau rôle. Ainsi, l'entrée dans l'aide marque un tournant décisif dans la trajectoire de santé des individus, exacerbant les risques de maladies chroniques et de troubles mentaux.

Arrêter d'être aidant permet de ralentir la dégradation de la santé

L'analyse des données longitudinales révèle que le fait de cesser d'être aidant, c'est-à-dire d'interrompre l'aide après une période d'engagement, est associé à un ralentissement notable de la dégradation de la santé. Ce phénomène semble indiquer que les effets néfastes de l'aide



sur la santé ne sont pas nécessairement irréversibles. Bien au contraire, les individus qui arrêtent d'être aidants montrent des signes de récupération de leur santé à un rythme qui peut même surpasser celui des non-aidants. Ainsi, on observe que les actifs qui arrêtent d'être aidants voient la dégradation de leur santé ralentie de 31% par rapport à l'ensemble des actifs, une différence massive qui signale peut être un rebond de l'état de santé de ces derniers. Les retraités eux voient tout de même un ralentissement de 7% de la dégradation de leur santé. Ce constat met en lumière l'importance de l'arrêt de l'aide comme facteur de restauration du bien-être physique et mental, suggérant que la santé peut retrouver une trajectoire plus positive une fois que la charge d'aide est levée.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette amélioration. D'une part, l'arrêt de l'aide libère du temps et de l'énergie que l'individu peut réinvestir dans des activités bénéfiques pour sa santé, telles que l'exercice physique, le sommeil réparateur, et les loisirs, qui avaient pu être négligés durant la période d'aide. D'autre part, l'arrêt de l'aide peut aussi réduire le niveau de stress chronique, l'un des principaux facteurs de la détérioration de la santé observée chez les aidants, ce qui peut non seulement améliorer la santé mentale, mais également renforcer le système immunitaire, contribuant à une meilleure santé globale.

En outre, l'arrêt de l'aide peut également permettre aux individus de renouer avec leur réseau social, augmentant ainsi leur soutien émotionnel et leur sentiment d'appartenance, deux éléments cruciaux pour le bien-être. Le rétablissement des interactions sociales, souvent limitées pendant la période d'aide, joue un rôle clé dans le processus de récupération de la santé.

Ainsi, nous observons que la trajectoire du capital santé des aidants s'écarte dans un premier temps de celle qu'ils auraient connue sans leur entrée dans l'aide, pour se situer légèrement plus bas en niveau, avec une dégradation 34% plus rapide pour l'ensemble des néo-aidants. Le rythme auquel leur santé se dégrade pendant qu'ils apportent une aide à un proche est proche de celui des non-aidants (environ 7% d'écart, une dégradation de la santé légèrement plus rapide chez les aidants), puis cet écart vient se resserrer sans pour autant parler de rattrapage, avec un ralentissement de la dégradation de la santé des néo-non-aidants de l'ordre de 28% par rapport aux aidants, ou de 15% par rapport à l'ensemble des non-aidants. Pour les aidants, l'écart à la trajectoire de santé que ces derniers auraient pu connaître sans l'aide prend donc une forme "parabolique", s'écartant fortement au moment de l'entrée dans l'aide mais effectuant un relatif rattrapage lors de sa sortie, bien qu'un écart en niveau demeure malgré tout.

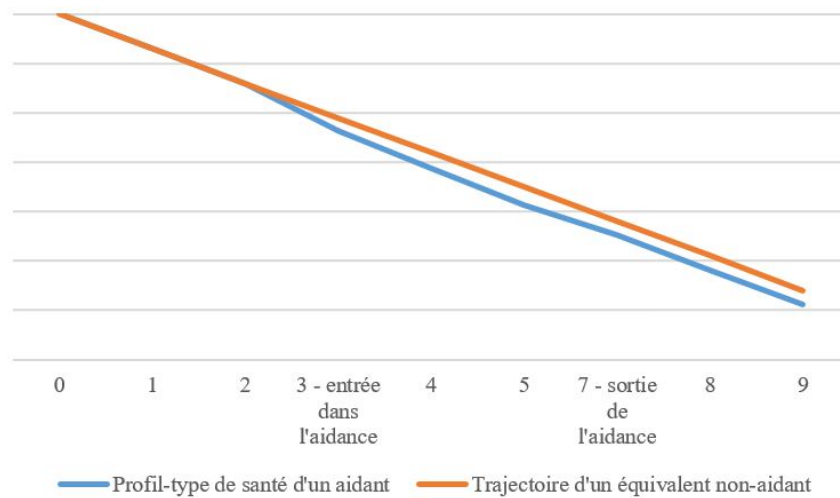


FIGURE 5.4 – Écart entre la trajectoire de santé connue par les aidants et la trajectoire hypothétique que ces derniers auraient pu connaître sans devenir aidant

L'effet de l'aide sur la santé varie selon les âges

Enfin, il est crucial de noter que l'effet de l'aide sur la santé n'est pas uniforme, mais varie significativement selon l'âge des individus. On observe ainsi que les aidants actifs semblent préservés et voient leur santé se dégrader 14% plus lentement que les autres actifs, tandis que les retraités aidants ont une santé qui se dégrade 6% plus vite que celle des autres retraités. Pour les aidants en âge de travailler, les conséquences sur la santé semblent être moins sévères comparativement aux retraités. Les actifs, en raison probablement de leur résilience physique et mentale accrue ainsi que de leur engagement dans d'autres activités sociales et professionnelles, voient leur santé moins impactée par l'aide. De plus, ces actifs montrent une capacité de récupération plus rapide et plus complète après avoir cessé leur rôle d'aidant. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que les individus en âge de travailler disposent de plus de ressources adaptatives, tant au niveau personnel que social, pour faire face aux exigences de l'aide. Ils peuvent bénéficier d'un soutien plus large de la part des institutions ou avoir accès à des services de répit qui leur permettent de maintenir un équilibre entre leur vie professionnelle et leurs responsabilités d'aidant, en plus d'une éviction des aidants en trop mauvaise santé qui sont certainement amenés à mettre fin à leur aide.

En revanche, pour les retraités, l'aide est particulièrement impactante sur la santé. L'entrée dans l'aide à un âge avancé peut être perçue comme un choc, car elle intervient souvent à un moment où l'individu s'attend à un ralentissement de ses activités et à une période de repos après une vie de travail, et cette dégradation se poursuit le long de la carrière aidante. Cette responsabilité peut alors être vécue comme un fardeau, aggravant les problèmes de santé préexistants ou en déclenchant de nouveaux. Leur capacité de récupération après l'arrêt de l'aide est également plus limitée, en raison de la diminution de leur résilience physique et



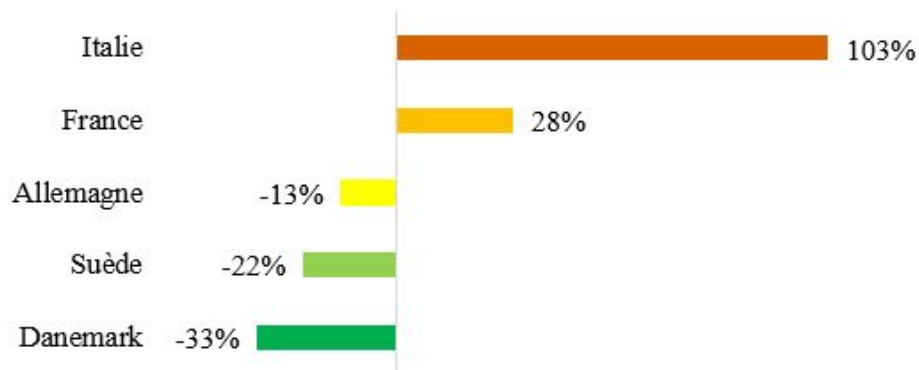
mentale avec l'âge. Contrairement aux actifs, les retraités retrouvent moins souvent leur niveau de santé antérieur, même après avoir cessé d'être aidants, ce qui suggère que l'aide peut avoir des effets plus durables et potentiellement irréversibles sur leur santé.

5.3 Comparaison européenne

Les différents modèles de soutien aux aidants que l'on trouve en Europe entraînent des répercussions différentes sur la santé

Une comparaison de la dégradation de la santé des aidants entre différents pays et l'étude des politiques de soutien aux aidants et aux aidés dans ces pays est particulièrement enrichissante. Elles permettent de mettre en lumière le lien entre politiques publiques, contexte institutionnel et effet de l'aide sur la santé. On observe que la santé des aidants italiens se dégrade 103% plus vite que celle de l'ensemble de la population italienne, soit deux fois plus vite. Cette dégradation rapide peut s'expliquer par plusieurs facteurs, dont le manque de soutien institutionnel et la pression constante liée à leur rôle. En revanche, la santé des aidants danois semble être bien mieux préservée, avec une dégradation réduite de 33%. On observe donc de très larges différences de l'impact de l'aide sur la santé des aidants selon les pays.

Comparatif des politiques de soutien et d'accompagnement mis en place en Europe et de leurs effets sur la santé des aidants



Source : Base SHARE, vague 9

Champ : Aidants, Union européenne

Note : Vitesse de dégradation de la santé des aidants par pays, par rapport à l'ensemble de la population du pays.

Lecture : La santé des aidants allemands se dégrade 13% moins vite que celle de l'ensemble de la population allemande.

FIGURE 5.5 – Vitesse de dégradation de la santé des aidants



Les pays nordiques (Danemark et Suède) montrent un fort engagement public pour financer les soins, réduisant ainsi le reste à charge et offrant un soutien complet aux aidants. Le modèle social des pays nordiques repose sur une forte intervention publique pour la prise en charge des personnes en perte d'autonomie. En allouant des ressources considérables, ces pays assurent un financement plus complet des soins, couvrant à la fois les soins à domicile et les frais d'hébergement en institutions spécialisées, comme les maisons de retraite. Cette approche réduit considérablement les restes à charge pour les bénéficiaires et leurs familles, et minimise les inégalités d'accès aux soins. Cette politique contribue à limiter les effets négatifs sur la santé des aidants en permettant à un plus grand nombre de personnes en perte d'autonomie de bénéficier de soutien professionnel, et donc notamment de permettre aux plus fragiles de ne pas avoir à devenir aidants.

La France et l'Allemagne ont des systèmes d'aides financières diversifiés, mais les restes à charge peuvent être importants, surtout pour les soins en institution. En France et en Allemagne, les systèmes de protection sociale proposent diverses aides financières comme l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) en France et l'assurance dépendance (Pflegeversicherung) en Allemagne. Cependant, les bénéficiaires doivent souvent faire face à des restes à charge importants, en particulier pour les soins en institution, ce qui peut entraîner une charge financière significative pour les familles. Ces coûts élevés ne sont que partiellement couverts par les aides publiques, ce qui crée une différence notable avec les pays nordiques. De plus, ces coûts peuvent limiter l'accès aux services spécialisés, poussant les familles à se reposer davantage sur les aidants informels par manque d'alternatives économiquement viables.

L'Italie est marquée par une grande variabilité régionale et un soutien centralisé plus limité. En Italie, la prise en charge des personnes en perte d'autonomie est largement décentralisée, laissant aux régions une grande autonomie pour gérer les services sociaux et de santé. Certaines régions disposent de prestations et d'infrastructures bien développées, tandis que d'autres présentent une offre limitée. Cette disparité accentue les inégalités territoriales et crée des écarts significatifs dans l'accès aux soins. La faible professionnalisation de l'aide et de la prise en charge de la dépendance pousse de nombreuses personnes à apporter une aide informelle, y compris lorsque celle-ci constitue un facteur de risque accru pour la santé des aidants. Le modèle de sécurité sociale traitant du soutien aux personnes en perte d'autonomie joue ici un rôle crucial dans l'explication de l'impact de l'aide sur la santé des aidants par rapport aux autres pays européens¹².

Les effets sur la santé et le travail des aidants sont clairement influencés par la disponibilité et l'ampleur de l'aide professionnelle portée par les systèmes de protection sociale. Les pays nordiques, avec leur financement substantiel des services professionnels, allègent considérablement le fardeau des proches-aidants¹³. En externalisant une partie significative des soins, ces pays parviennent à préserver la santé physique et mentale des

12. Saraceno C (2016) Varieties of familism : comparing four southern European and East Asian welfare regimes. *J Eur Soc Policy* 26 :314–326.

13. Verbakel E (2018) How to understand informal caregiving patterns in Europe? The role of formal long-term care provisions and family care norms. *Scand J Public Health* 46 :436–447.



aidants, réduisant ainsi la population d'aidants intensifs et permettant aux aidants familiaux de prendre en charge les activités de support émotionnel et des tâches moins fréquentes¹⁴. À l'inverse, en France, l'approche se concentre sur l'ajustement des conditions de travail pour permettre aux aidants de réduire leur temps de travail, une mesure qui, bien que facilitante, peut ne pas suffire à compenser pleinement les défis de l'aide. Les systèmes français et allemands, malgré leurs diverses aides financières, ne couvrent pas toujours adéquatement les besoins en soins professionnels, engendrant des restes à charge importants et une dépendance accrue aux aidants informels. En Italie, le soutien centralisé limité conduit également à une charge disproportionnée pour les aidants, accentuant les effets négatifs sur leur santé. On observe ici une corrélation claire entre les choix de politiques de soutien aux aidants mises en place et impact sur la santé des aidants, les déterminants de l'aide, ses alternatives et la manière dont elle est pratiquée joue un rôle de premier plan pour expliquer cet impact¹⁵.

14. Brandt M, Haberkern K, Szydlik M (2009) Intergenerational help and care in Europe. *Eur Sociol Rev* 25 :585–601.

15. Broese van Groenou MI, De Boer A (2016) Providing informal care in a changing society. *Eur J Ageing* 13 :271–279.



Pays	Aides à destination des aidants et des aidés	Aides Réduisant le Reste à Charge pour les aidés	Places en hébergement spécialisé (pour 100 000 hab.)	Soignants (pour 100 000 hab.)	Aides à domicile (pour 100 000 hab.)
France	APA, Aide au Retour à Domicile après Hospitalisation, Prestation de Compensation du Handicap, AJPA	APA et PCH couvrent une partie des frais des services d'aide à domicile et d'hébergement	Environ 110	140	180
Italie	Indennità di accompagnamento, prestations régionales, congé rémunéré pour les aidants (Legge 104/92)	Aides régionales varient selon la région, peu de réduction du reste à charge centralisé, faible soutien au niveau national	Environ 50	100	60
Danemark	Flexibility Allowance, Caregiver's Compensation (Omsorgsdage), prestations de soins à domicile financées par les communes	Services publics financés par les communes, peu ou pas de reste à charge pour les soins à domicile ou en hébergement	Environ 125	200	250
Suède	Attendance Allowance, prestations de soins à domicile financées par les communes	Très faible reste à charge grâce au financement public, plafonnement des frais pour les soins à domicile et en institution	Environ 130	150	220
Allemagne	Pflegegeld (allocation de soins), congé aidant rémunéré, Pflegeversicherung (assurance dépendance)	Assurance dépendance (Pflegeversicherung) couvre une partie des frais des soins à domicile et en institution, restes à charge variables	Environ 120	180	190

TABLE 5.2 – Comparatif des mesures de soutien aux aidants et aux personnes en perte d'autonomie en Europe



Conclusion : Les aidants et leur santé

Nous mettons ici en lumière les conséquences complexes et nuancées de l'aide sur la santé des aidants, révélant des résultats qui, à première vue, peuvent sembler contre-intuitifs par rapport aux études antérieures. D'une part, l'analyse de la santé perçue montre que les aidants se déclarent globalement en meilleure santé que les non-aidants, ce qui pourrait refléter un biais de sélection où les individus en meilleure santé sont plus enclins à prendre en charge des responsabilités d'aide.

D'autre part, les analyses longitudinales révèlent une réalité plus préoccupante : devenir aidant est associé à une dégradation accélérée de la santé, en particulier dans les premiers mois suivant l'entrée dans ce rôle. Cela souligne l'impact négatif à long terme que l'aide peut avoir, un effet qui semble partiellement réversible lorsque l'individu cesse d'assumer ces responsabilités. Les différences observées selon l'âge montrent également que l'impact de l'aide sur la santé varie significativement en fonction de la phase de vie. Les aidants en âge de travailler semblent mieux résister aux pressions de l'aide que les retraités, pour qui cette nouvelle charge peut constituer un facteur aggravant des problèmes de santé préexistants.

Enfin, le comparatif européen révèle que les contextes nationaux jouent un rôle crucial dans la modulation des effets de l'aide sur la santé. Les pays dotés de systèmes de soutien à l'offre professionnelle montrent une dégradation moindre de la santé des aidants par rapport à des pays où le soutien institutionnel est plus limité. Ces observations suggèrent que des politiques publiques bien conçues et ciblées peuvent atténuer les effets négatifs de l'aide sur la santé et favoriser une meilleure qualité de vie pour les aidants.

Conclusion de l'étude

L'étude conduite ici par la Chaire TDTE met en lumière les nombreux défis auxquels sont confrontés les aidants, soulignant l'importance croissante de leur rôle dans un contexte de vieillissement démographique. Les résultats de cette recherche s'appuient sur l'analyse des données de l'enquête SHARE, permettant une compréhension approfondie des différents profils d'aidants, des impacts sur leur vie professionnelle, et des conséquences sur leur santé, sur la base de données fiables et accessibles à tous, et de méthodes sérieuses et innovantes.

L'analyse des profils d'aidants identifie trois groupes distincts : les aidants intensifs et intégrés, les aidants occasionnels et peu intégrés, et les aidants réguliers et vulnérables. Cette classification révèle la diversité des situations et des implications de l'aidance, allant d'une aide quotidienne, souvent prodiguée par des femmes actives et intégrées socialement, à une aide plus sporadique, apportée par des individus plus âgés et moins connectés à la vie professionnelle. Le troisième groupe, bien que fournissant une aide régulière, se distingue par sa vulnérabilité accrue, les aidants étant eux-mêmes souvent en mauvaise santé et éloignés de l'emploi. On voit donc émerger une structuration de l'aidance selon les axes de la fréquence et de l'intégration dans un tissu relationnel.

L'impact de l'aidance sur la vie professionnelle est significatif, particulièrement pour les aidants quotidiens qui travaillent en moyenne cinq heures de moins par semaine que leurs homologues fournissant une aide mensuelle. Cette réduction du temps de travail se traduit par une perte économique non négligeable, estimée à environ 100 000 emplois à temps plein. Les aidants subissent en plus de cela d'importantes répercussions sur d'autres aspects de leur vie professionnelle. Ils connaissent plus souvent une rémunération plus faible, subissent des discriminations et voient leurs carrières et leurs progressions freinées. Ces observations mettent en évidence le coût pour ces aidants, qui sacrifient une partie de leur revenu pour prendre soin de leurs proches.

En ce qui concerne la santé des aidants, ces derniers voient un impact important de l'aidance sur leur propre état de santé pendant qu'ils occupent le rôle d'aidant, tout en modifiant leur propre perception de leur santé. L'étude souligne que l'entrée dans l'aidance accélère la dégradation de leur état de santé, particulièrement chez les retraités, plus vulnérables en raison de leur âge avancé. L'arrêt de l'aidance ralentit cette dégradation, bien que les retraités restent affectés de manière plus durable. L'étude met en avant les différences marquées entre les pays européens en termes de soutien aux aidants. Les pays nordiques, qui privilégient une



plus grande externalisation des soins par le recours aux services professionnels, parviennent à mieux préserver la santé de leurs aidants. À l'inverse, les pays comme l'Italie, où le soutien professionnel est moins accessible, voient leurs aidants subir une dégradation de santé plus rapide.

En conclusion, cette étude souligne la complexité et la diversité des expériences d'aide en France et en Europe, mettant en lumière l'impact profond de ce rôle sur la vie des individus qui l'assument. Les résultats suggèrent un besoin urgent de renforcer les politiques de soutien aux aidants, tant au niveau professionnel que sanitaire, pour leur permettre de concilier leurs responsabilités sans compromettre leur santé ni leur situation économique.

Bibliographie

- [1] M. ALBERTINI et E. PAVOLINI. « Unequal inequalities : the stratification of the use of formal care among older Europeans ». In : *Journal of Gerontology : Series B* 72 (2017), p. 510-521.
- [2] E. ALGAVA et N. BLANPAIN. « 68,1 Millions D’habitants En 2070 : Une Population Un Peu Plus Nombreuse Qu’en 2021, Mais Plus Âgée ». In : *Insee Première* 1881 (2021).
- [3] E. A. AMBUGO et al. *A Cross-European Study of Informal Carers’ Needs in the Context of Caring for Older People, and their Experiences with Professionals Working in Integrated Care Settings*. 2021.
- [4] S. ARBER et J. GINN. « Gender differences in informal caring ». In : *Health & Social Care in the Community* (2007).
- [5] X. BESNARD et al. *Les proches aidants des seniors et leur ressenti sur l’aide apportée – Résultats des enquêtes « CARE » auprès des aidants (2015-2016)*. Rapp. tech. 45. Les Dossiers de la Drees, 2019.
- [6] N. BLANPAIN. *Les proches aidants des seniors et leur ressenti sur l’aide apportée – Résultats des enquêtes « CARE » auprès des aidants (2015-2016)*. Rapp. tech. 45. Les Dossiers de la DREES, 2019.
- [7] T. BLAVET. *9,3 millions de personnes déclarent apporter une aide régulière à un proche en situation de handicap ou de perte d’autonomie en 2021*. Rapp. tech. 1255. DREES, 2023.
- [8] T. BLAVET et Y. CAENEN. *Les proches aidants : typologie d’une population hétérogène*. Rapp. tech. 110. Les dossiers de la DREES, 2023.
- [9] C. BONNET et al. « La dépendance : aujourd’hui l’affaire des femmes, demain davantage celle des hommes ? » In : *Population & Sociétés* 483 (2011).
- [10] E. BONSANG. « Does informal care from children to their elderly parents substitute for formal care in Europe ? » In : *Journal of Health Economics* 28.1 (2009), p. 143-154.
- [11] A. BÖRSCH-SUPAN et al. « Data resource profile : the survey of health, ageing and retirement in Europe (Share) ». In : *International Journal of Epidemiology* 42 (2013), p. 992-1001.
- [12] M. BRANDT, K. HABERKERN et M. SZYDLIK. « Intergenerational help and care in Europe ». In : *European Sociological Review* 25 (2009), p. 585-601.



- [13] M. I. BROESE VAN GROENOU et A. DE BOER. « Providing informal care in a changing society ». In : *European Journal of Ageing* 13 (2016), p. 271-279.
- [14] M. BRUNEL, J. LATOURELLE et M. ZAKRI. *Un senior à domicile sur cinq aidé régulièrement pour les tâches du quotidien*. Rapp. tech. 1103. DREES, 2019.
- [15] E. CAMBOIS, C. LABORDE et N. OR. *Les aidants familiaux en France : un état des lieux*. Presses de l'EHESP, 2016.
- [16] A. CAMPÉON, B. LE BIHAN-YOUIYOU et C. MARTIN. « La prise en charge des personnes âgées dépendantes en Europe : le vécu des aidants familiaux ». In : *Vie Sociale* 4 (2012), p. 111-127.
- [17] L. CARCAILLON, A. GAUTIER et C. LEGRAND. *Les aidants âgés : quels enjeux pour les politiques publiques ?* Presses de l'EHESP, 2019.
- [18] F. CHEN et al. « Double burden for women in mid- and later life : evidence from time-use profiles in Cebu, the Philippines ». In : *Ageing & Society* 38.11 (2018), p. 2325-2355. DOI : 10.1017/S0144686X17000599.
- [19] N. CICCARELLI et A. VAN SOEST. « Informal caregiving, employment status and work hours of the 50+ population in Europe ». In : *De Economist* 166.3 (2018), p. 363-396.
- [20] F. COLOMBO et al. *Help Wanted ? Providing and Paying for Long-Term Care*. OECD Publishing, 2011.
- [21] T. M. COONEY et P. A. DYKSTRA. « Family obligations and support behaviour : a United States-Netherlands comparison ». In : *Ageing & Society* 31 (2011), p. 1026-1050.
- [22] S. O. DAATLAND et K. HERLOFSON. « Norms and ideals about elder care ». In : *Old Age and Autonomy : The Role of Service Systems and Intergenerational Family Solidarity*. Sous la dir. d'A. LOWENSTEIN. University Center for Research et Study of Aging, 2003, p. 127-164.
- [23] T. DERUYON. *L'espérance de vie sans incapacité à 65 ans en France en 2022*. Rapp. tech. 1290. DREES, 2023.
- [24] R. DHARAMPAL et C. ANI. « The emotional and mental health needs of young carers : what psychiatry can do ». In : *BJPsych Bulletin* (2019), p. 1-9.
- [25] S. L. ETTNER. « The impact of "parent care" on female labor supply decisions ». In : *Demography* 32.1 (1995), p. 63-80.
- [26] S. EVANS. « 'That lot up there and us down here' : social interaction and a sense of community in a mixed tenure UK retirement village ». In : *Ageing & Society* 29.2 (2009), p. 199-216.
- [27] N. FOLBRE. « Measuring Care : Gender, Empowerment and the Care Economy ». In : *Journal of Human Development* 7.2 (2006), p. 183-199.
- [28] J. GEYER. « Informell Pflegende in der deutschen Erwerbsbevölkerung : Soziodemografie, Pflegesituation und Erwerbsverhalten ». In : *ZQP-Themenreport. Vereinbarkeit von Beruf und Pflege*. Sous la dir. de Zentrum für QUALITÄT IN DER PFLEGE (EDS.) 2016, p. 24-43.



- [29] K. GLASER et C. TOMASSINI. « Proximity of older women to their children : a comparison of Britain and Italy ». In : *The Gerontologist* 40.6 (2000), p. 729-737.
- [30] A. HAJEK et H. H. KÖNIG. « Does informal caregiving affect self-esteem ? Results from a population-based study of individuals aged 40 and over in Germany from 2002 to 2014 ». In : *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 32.3 (2018), p. 1047-1055. DOI : 10.1111/scs.12550.
- [31] A. E. JOSEPH et B. C. HALLMAN. « Over the hill and far away : distance as a barrier to the provision of assistance to elderly relatives ». In : *Social Science & Medicine* 46.6 (1998), p. 631-639.
- [32] J. KASCHOWITZ et M. BRANDT. « Health effects of informal caregiving across Europe : a longitudinal approach ». In : *Social Science & Medicine* 173 (2017), p. 72-80.
- [33] C. LESTRADE. « Les limites des aidants familiaux ». In : *Empan* 94 (2014), p. 31-35.
- [34] A. MOTEL-KLINGEBIEL, C. TESCH-ROEMER et H.-J. V. KONDRATOWITZ. « Welfare states do not crowd out the family : evidence for mixed responsibility from comparative analyses ». In : *Ageing & Society* 25.6 (2005), p. 863-882.
- [35] E. L. NGAMASANA, M. ZARWELL et L. H. GUNN. « Physical and mental health of informal caregivers before and during the COVID-19 pandemic in the United States ». In : *BMC Public Health* 23.1 (2023), p. 2349.
- [36] S. PENNEC. « Les configurations de soin envers les parents âgés. Des différences selon le genre, les milieux sociaux et la part des services professionnels ». In : *Famille et santé*. Sous la dir. de Geneviève CRESSON. Presses de l'EHESP, 2010, p. 31-62.
- [37] M. PETRINI et al. « Health issues and informal caregiving in Europe and Italy ». In : *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità* 55.1 (2019), p. 41-50.
- [38] M. PINQUART et S. SORENSEN. « Correlates of Physical Health of Informal Caregivers : A Meta-Analysis ». In : *The Journals of Gerontology Series B : Psychological Sciences and Social Sciences* 62.2 (2007), P126-P137.
- [39] O. POINSOT. *Les imperfections du statut d'aidant familial*. Note sous Cass., Civ. 2, 5 janvier 2023, Consorts K & N c/ Président du Conseil départemental de l'Hérault, n° 21-15702. 2023.
- [40] J.-B. RICHARD, F. BECK et D. LÉGER. *Les comportements de santé des jeunes : analyses du Baromètre santé 2010*. INPES, 2013.
- [41] C. SARACENO. « Varieties of familialism : comparing four southern European and East Asian welfare regimes ». In : *Journal of European Social Policy* 26 (2016), p. 314-326.
- [42] B. C. SPILLMAN et al. « Informal caregiving in the United States : findings from the 2011 National Health and Aging Trends Study ». In : *The Gerontologist* 54.Suppl 1 (2014), S8-S20.
- [43] A. TRENTA. « Concilier vie professionnelle et aide à un proche dépendant : les dispositifs publics et conventionnels de soutien aux aidants en emploi ». In : *Informations Sociales* 208.4 (2022), p. 70-78.



- [44] Carers UK. *Walking the tightrope : Meeting the conflicting demands of employment and elder care*. 2016.
- [45] S. URWIN et al. « Informal caregiving and the allocation of time : implications for opportunity costs and measurement ». In : *Social Science & Medicine* 334 (2023), p. 116164. DOI : [10.1016/j.socscimed.2023.116164](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116164).
- [46] E. VERBAKEL. « How to understand informal caregiving patterns in Europe? The role of formal long-term care provisions and family care norms ». In : *Scandinavian Journal of Public Health* 46.4 (2018), p. 436-447.
- [47] E. VERBAKEL et al. « Informal care in Europe : findings from the European Social Survey (2014) special module on the social determinants of health ». In : *European Journal of Public Health* (2017).

Annexes

Les types d'aide ayant été fournis par l'aidant durant les 12 derniers mois qui caractérisent l'aidance

1. Des soins personnels, comme s'habiller se laver ou se doucher, manger, monter ou sortir du lit, utiliser les toilettes
2. Des aides pour le ménage, comme du bricolage, du jardinage, des déplacements, faire des courses ou des tâches ménagères
3. Une aide administrative, comme remplir des formulaires, s'occuper des questions financières ou légales

Les relations que peuvent entretenir les couples aidants/aidés vis à vis l'un de l'autre

- Conjoint/Partenaire
- Mère, Père
- Belle-mère (mère du conjoint), Beau-père (père du conjoint)
- Belle-mère (épouse du père), Beau-père (époux de la mère)
- Frère, Soeur
- Fils/Fille
- Beau-fils/Belle-Fille/l'enfant de votre conjoint ou partenaire actuel
- Gendre
- Belle-fille (Bru)
- Petit-Fils/Petite-Fille
- Grand-père/Grand-mère
- Tante, Oncle
- Nièce, Neveu
- Autre parent
- Ami
- (Ex-)collègue
- Voisin(e)
- Ex-conjoint/partenaire

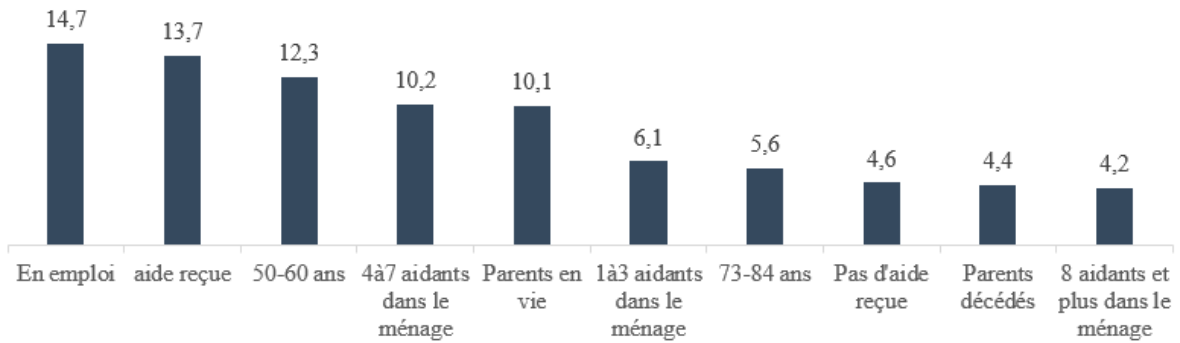


FIGURE 5.6 – Contributions au facteur 1 selon les 10 modalités les plus influentes

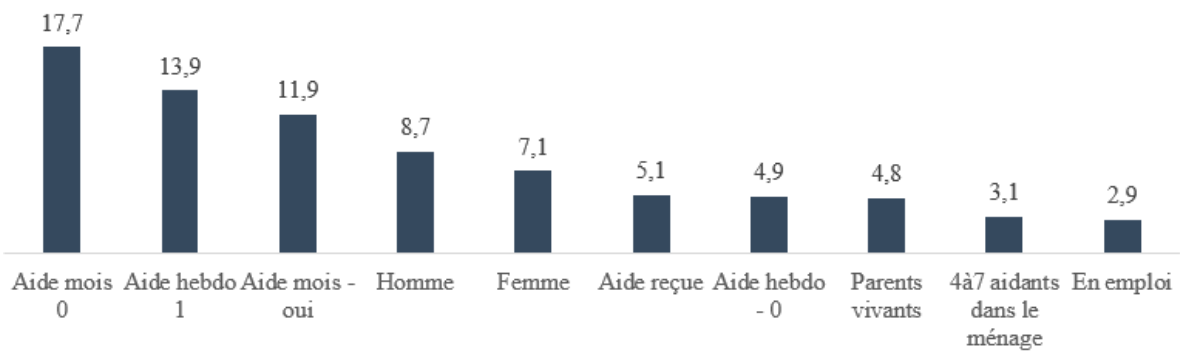
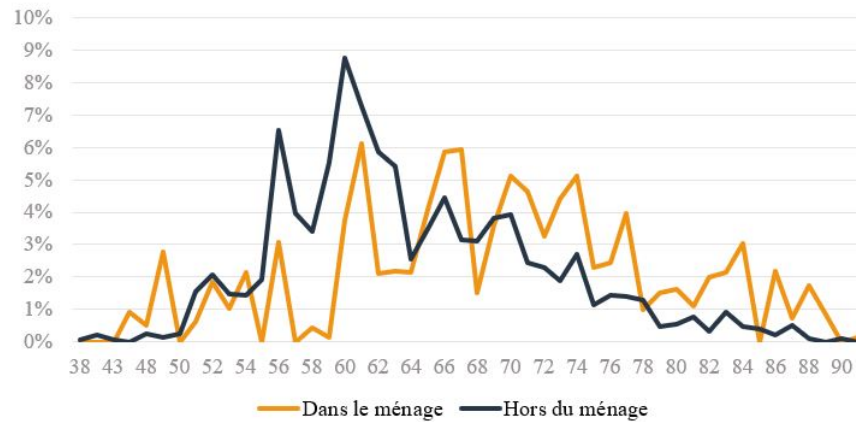


FIGURE 5.7 – Contributions au facteur 2 selon les 10 modalités les plus influentes



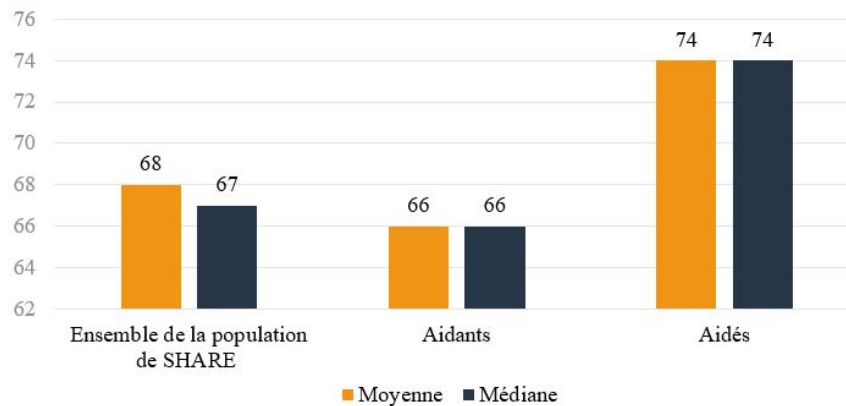
Source : Base SHARE, vague 9

Champ : Aidants, France métropolitaine

Lecture : 9% des aidants apportant une aide hors de leur ménage ont 60 ans

Note : Ce graphique confirme la tendance observée au sein des profils d'aidants, les aidants les moins âgés ont plus tendance à apporter une aide à l'extérieur de leur ménage que leurs aînés.

FIGURE 5.8 – Répartition des aidants selon l'âge, pour une aide apporté au sein du ménage ou hors du ménage



Source : Base SHARE, vague 9

Champ : Echantillon d'individus de 50 ou plus et leurs conjoints, France métropolitaine

Lecture : L'âge moyen des répondants de SHARE est de 68 ans, contre 66 ans pour les

FIGURE 5.9 – Âges moyens et médians



	Aidés	Aidants
Emploi		
Part en emploi	13%	28%
Diplôme		
Aucun	58%	48%
Baccalauréat	20%	17%
Bac+2	9%	12%
Supérieur à Bac+2	13%	23%
Secteur		
Transport, entreposage, télécommunications	15%	12%
Administration publique et défense	16%	7%
Education	7%	10%
Santé et action sociale	22%	29%
Autres services collectifs, sociaux et personnels	8%	11%
Source : Base de données SHARE, vague 9		
Champ : Échantillon de personnes âgées de 50 ans et plus et leurs conjoints, France métropolitaine		
Lecture : 28% des aidants sont en emploi, contre 13% des aidés		

FIGURE 5.10 – Caractéristiques sociodémographiques des aidants et des aidés

	Début de l'aide (entre 0 et 2 ans après l'entrée dans l'aidance)		Arrêt de l'aide (en moyenne après 6 ans passés à apporter une aide régulière)	
	Non	Oui	Non	Oui
Moyenne de l'évolution du score de santé	0,14	0,188	0,153	0,12
Populations	Non aidants	Néo-aidants	Aidants	Néo-non-aidants
Source : Base de données SHARE, vague 4 à 9				
Champ : Tous répondants de SHARE en France, présents au moins sur 2 vagues consécutives				

FIGURE 5.11 – Dégradation moyenne de la santé en point de score de santé selon le stade de l'aidance



	Profil-type de santé d'un aidant	Trajectoire d'un équivalent non-aidant
0	6	6
1	5,86	5,86
2	5,72	5,72
3 - entrée dans l'aide	5,53	5,58
4	5,377	5,44
5	5,224	5,3
7 - sortie de l'aide	5,104	5,16
8	4,964	5,02
9	4,824	4,88

Source : SHARE, vagues 4 à 9, calculs de l'auteur

FIGURE 5.12 – Capital de santé pour un aidant type ayant une dégradation de santé suivant la moyenne observée chez les aidants selon le stade de l'aide et chez les non-aidants pour comparaison

	63 ans et +		62 ans et -	
Ensemble de la population	0,166	--	0,134	--
Début de l'aide	0,198	19%	0,14	4%
Fin de l'aide	0,155	-7%	0,0923	-31%
Non-aidant	0,162	-2%	0,143	7%
Ensemble des aidants	0,176	6%	0,115	-14%

Source : Base de données SHARE, vague 4 à 9
 Champ : Tous répondants de SHARE en France, présents au moins sur 2 vagues consécutives

FIGURE 5.13 – Dégradation moyenne de la santé en point de score de santé et en pourcentage par rapport à l'ensemble de la population selon le stade de l'aide, en fonction de l'âge

	Début de l'aide (entre 0 et 2 ans après l'entrée dans l'aide)		Arrêt de l'aide (en moyenne après 6 ans passés à apporter une aide régulière)	
	Non	Oui	Non	Oui
France	0,14	0,188	0,153	0,12
Allemagne	0,127	0,116	0,121	0,143
Italie	0,0997	0,214	0,13	0,0116
Danemark	0,145	0,0824	0,127	0,157
Suède	0,144	0,135	0,133	0,183

Source : Base de données SHARE, vague 4 à 9
 Champ : Aidants, Union Européenne

FIGURE 5.14 – Dégradation moyenne de la santé en point de score de santé en fonction du stade de l'aide, selon le pays

Qu'est ce qu'un aidant ?

Définition juridique

Article L113-1-3 du Code de l'action sociale et des familles :

« Est considérée comme proche aidant d'une personne en situation de handicap ou de perte d'autonomie d'une particulière gravité son conjoint, le concubin avec lequel elle a conclu un pacte civil de solidarité, son ascendant, son descendant ou l'ascendant de son conjoint, de son concubin ou de la personne avec laquelle elle a conclu un pacte civil de solidarité qui lui apporte régulièrement et à titre non professionnel une aide, en partie ou totalement, à ses activités de la vie quotidienne ou qui lui apporte une aide à la mobilité.»

Article L544-1 du Code de la sécurité sociale :

« Est considéré comme proche aidant d'une personne en situation de handicap ou de perte d'autonomie d'une particulière gravité, au sens du présent chapitre, le conjoint, le concubin, la personne avec laquelle elle a conclu un pacte civil de solidarité, l'ascendant, le descendant ou l'ascendant, le descendant ou le collatéral jusqu'au quatrième degré du conjoint, du concubin ou de la personne avec laquelle elle a conclu un pacte civil de solidarité, qui apporte une aide régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne.»

Les enjeux de l'aidance

Cette définition juridique permet de poser une définition à l'aidance, et ce faisant permet d'encadrer le recours aux dispositifs d'aide auxquels ont droit les aidants, tels que le congé de proche aidant, l'allocation journalière de proche aidant (AJPA), etc. Nous sommes donc ici face à un double objectif pour ces définitions, il s'agit tant de définir l'aidance que de poser le cadre censé guider l'octroi de soutiens publics. On n'observe cependant pas de description précise de ce que doit être cette aide aux activités de la vie quotidienne, ni de ce qu'est une perte d'autonomie particulièrement grave.

La définition de l'aidant que nous utiliserons repose sur l'appréciation des enquêtés eux-mêmes, si ceux-ci déclarent apporter une aide à un proche au sein ou à l'extérieur de leur ménage dans des tâches ou activités de la vie quotidienne alors nous les considérerons comme aidants. La définition utilisée par la DREES dans une étude récente sur le sujet adopte la même approche, et parvient à la conclusion que 9,3 millions de personnes se présentent comme proches aidants



sur la base de l'exploitation de l'enquête vie quotidienne et santé ¹⁶.

Pour répondre aux potentiels problèmes que pose cette large définition de l'aide, la caractérisation précise du type d'aide apportée permet de mieux comprendre ses implications concrètes, et ainsi éviter de tirer certaines conclusions qui pourraient être faussées et affiner la connaissance du sujet. Ainsi l'enquête SHARE permet d'apporter certaines précisions sur les formes que prend l'aide en nous renseignant sur les manifestations de celle-ci. On demande ainsi aux répondants s'il s'agit d'une aide dans les soins personnels, des aides pour le ménage ou encore une aide administrative.

La littérature sociologique révèle que l'aide, bien qu'étant un acte de solidarité et de soutien, peut parfois être perçue comme une contrainte tant pour l'aidant que pour l'aidé. Cette perception est souvent liée aux rôles sociaux, aux relations interpersonnelles et aux dynamiques de pouvoir qui se jouent dans la relation d'aide. Pour l'aidant, l'aide peut devenir une contrainte en raison des responsabilités et des obligations qu'elle implique. L'aide peut engendrer un stress important, un épuisement physique et émotionnel, et même des problèmes de santé. De plus, l'aidant peut ressentir une pression sociale à assumer ce rôle, ce qui peut limiter sa liberté et son épanouissement personnel. Pour l'aidé, l'aide peut également être perçue comme une contrainte, car elle peut engendrer un sentiment de dépendance et de perte d'autonomie, une impression d'être privé de contrôle sur l'ensemble de sa vie au travers de la confiscation de la maîtrise des tâches nécessaires au quotidien, l'aidé peut ressentir une perte de dignité et de contrôle sur sa vie, ce qui peut affecter son estime de soi et sa qualité de vie.

Cependant, il est important de noter que l'aide n'est pas toujours vécue ainsi. En effet, certains travaux montrent que l'aide peut aussi être source de satisfaction, de reconnaissance et d'épanouissement personnel pour l'aidant et l'aidé ¹⁷. L'aide peut renforcer les liens familiaux et sociaux, et contribuer au bien-être et à la qualité de vie de l'aidant et de l'aidé. Ainsi, l'aide occupe une place importante dans la vie des personnes concernées par celle-ci, dans le rôle central qu'elle occupe dans la vie quotidienne des personnes, mais aussi dans sa fonction primordiale de liant, permettant de maintenir le lien social et l'attachement. Il est important de tenir compte des implications matérielles pragmatiques de l'aide mais également de son sens caché pour saisir toute l'ampleur de cet enjeu et l'impact que celui-ci peut avoir sur la vie de ceux qu'il concerne.

16. Blavet Thomas, 9,3 millions de personnes déclarent apporter une aide régulière à un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie en 2021 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

17. Hajek A, König HH. Does informal caregiving affect self-esteem? Results from a population-based study of individuals aged 40 and over in Germany from 2002 to 2014. *Scand J Caring Sci.* 2018 Sep;32(3):1047-1055. doi : 10.1111/scs.12550. Epub 2017 Nov 29. PMID : 29193241



Les dispositifs de soutien aux proches aidants

Les proches aidants disposent de plusieurs dispositifs pour concilier leur vie professionnelle avec leurs responsabilités d'aidants¹⁸. Le principal dispositif est le Congé Proche Aidant (CPA), qui permet aux aidants de cesser temporairement leur activité professionnelle pour s'occuper d'une personne handicapée ou en perte d'autonomie grave. Mis en place en 2017 pour remplacer le congé de soutien familial, le CPA est accessible sous certaines conditions, notamment un lien familial ou étroit avec la personne aidée et la résidence de cette dernière en France. Ce congé peut durer trois mois, renouvelables, avec une limite d'un an sur l'ensemble de la carrière de l'aidant. Bien que le congé ne soit pas rémunéré par l'employeur, sauf dispositions conventionnelles spécifiques, il offre une pause nécessaire pour répondre aux besoins urgents de la personne aidée.

En complément du CPA, les aidants peuvent bénéficier de l'Allocation Journalière du Proche Aidant (AJPA) depuis le 1er octobre 2020. L'AJPA est un revenu de remplacement visant à compenser une partie de la perte de salaire pour les aidants qui interrompent ou réduisent leur activité professionnelle. Accessible aux salariés, fonctionnaires, travailleurs indépendants, et chômeurs indemnisés, l'AJPA peut être versée jusqu'à 22 jours par mois, avec un maximum de 66 jours sur l'ensemble de la carrière. Initialement fixée à 44 € par jour pour une personne en couple et 52 € pour une personne seule, l'allocation a été revalorisée au niveau du SMIC en 2022. En outre, depuis cette date, l'AJPA est étendue aux aidants de personnes dont le handicap ou la perte d'autonomie nécessitent une aide régulière, même si la situation n'est pas particulièrement grave, ainsi qu'aux aidants de personnes invalides ou bénéficiaires de rentes d'accidents de travail.

Pour garantir la continuité des droits à la retraite des aidants, l'Assurance Vieillesse des Aidants (AVA) a été introduite en septembre 2023, remplaçant l'Assurance Vieillesse du Parent au Foyer (AVPF). L'AVA permet aux aidants qui réduisent ou arrêtent leur activité pour accompagner un tiers de valider des trimestres de retraite. Ce dispositif s'adresse désormais non seulement aux aidants familiaux mais aussi aux aidants non familiaux, ainsi qu'aux aidants d'enfants avec un taux d'incapacité inférieur à 80%.

Au-delà de ces droits sociaux, plusieurs soutiens complémentaires sont disponibles. La branche Autonomie finance en partie l'accueil de jour et l'hébergement temporaire des personnes en perte d'autonomie, offrant ainsi des solutions de répit pour les aidants. Les Plateformes d'Accompagnement et de Répit (PFR) jouent un rôle crucial en fournissant des informations, des formations, et en recensant les services de répit disponibles sur le territoire. Ces plateformes organisent également des suppléances à domicile et proposent des activités pour favoriser la vie sociale des aidants. En 2021, 205 PFR ont permis à de nombreux aidants de bénéficier de ces prestations.

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) a introduit deux dispositifs spécifiques dans le cadre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) : un module répit pour prévenir l'épuisement des aidants et un module de relai en cas d'hospitalisation de l'aidant, garantissant ainsi que la personne aidée continue de recevoir les soins nécessaires. La

18. Dispositifs à destination des proches aidants, securite-sociale.fr



Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) a également engagé des financements significatifs pour soutenir les actions d'aide aux aidants, y compris des subventions pour les réseaux d'aidants et des programmes d'action des départements.

On observe ainsi que l'essentiel de l'effort de soutien aux proches aidants porte en réalité sur la conciliation entre aide et vie professionnelle. Ces dispositifs visent à compenser une perte de revenu, à permettre à un actif de suspendre son activité professionnelle ou à la réduire, mais les autres aspects de l'impact de l'aide sont peu envisagés, tant pour l'impact sur la santé que sur la vie privée ou encore la sociabilité.