



Projet FLARE

ECONOMIE DE L'AIDE FORMELLE ET INFORMELLE AUX PERSONNES AGEES

Bérengère DAVIN

Inserm U912

Rapport – Février 2010

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	5
2. OBJECTIFS – RAPPEL	7
2.1. Objectif 1 : décrire la situation des personnes âgées en perte d'autonomie	7
2.1.1. Evaluation des besoins des personnes âgées	7
2.1.2. Description de l'aide et des aidants des personnes âgées	7
2.2. Objectif 2 : évaluer l'importance économique de la prise en charge de la perte d'autonomie	8
2.2.1. Description des systèmes nationaux de prise en charge de la perte d'autonomie	8
2.2.2. Evaluation économique de la prise en charge de la perte d'autonomie	8
3. TRAVAUX ET RESULTATS 2009	9
3.1. Les conditions de vie des personnes âgées en perte d'autonomie (objectif 1)	9
3.1.1. Evaluation des besoins d'aide	9
3.1.1.1. Comparaison France / Irlande	9
3.1.1.2. Zoom sur la situation française	14
3.1.2. L'aide reçue par les personnes âgées	23
3.1.2.1. Comparaison France / Irlande	23
3.1.2.2. Zoom sur la situation française	26
3.2. Prise en charge et coûts liés à la perte d'autonomie (objectif 2)	29
3.2.1. Les politiques nationales de prise en charge	29
3.2.1.1. La population âgée : comparaison France / Irlande	29
3.2.1.2. Les mesures de prise en charge : comparaison France / Irlande	32
3.2.2. Evaluation économique des coûts	35
3.2.2.1. Comparaison France / Irlande	35
3.2.2.2. Zoom sur la situation française	36
4. VALORISATION DES TRAVAUX	40
5. CALENDRIER	41
6. BIBLIOGRAPHIE	43

1. INTRODUCTION

Selon les dernières données démographiques, la part des personnes de 60 ans ou plus continue d'augmenter et atteint 22,6 % au 1^{er} janvier 2010. L'espérance de vie progresse aussi, le gain s'expliquant en grande partie par le recul de la mortalité. A 60 ans, les hommes peuvent ainsi espérer vivre encore 22,2 ans et les femmes 27 ans. L'effectif des 75 ans et plus a augmenté de 30 % en 10 ans, et représente près de 9 % de la population totale (Pla & Beaumel, 2010).

Même si le vieillissement n'est pas synonyme de perte d'autonomie, cette question préoccupe les familles et la société en général. D'après un récent sondage mené en 2009, près d'un Français sur trois déclare avoir dans son entourage proche une personne âgée en perte d'autonomie physique ou psychique (TNS Sofres, 2009). Il s'agit, pour 21% des répondants, d'un parent ascendant. Une grande majorité semble privilégier le maintien à domicile. Se pose alors la question du soutien à l'entourage aidant. De fait, face aux conséquences économiques, sociales et sanitaires que peut induire la prise en charge d'une personne âgée dépendante, les Français jugent indispensable que les aidants disposent d'une aide financière et d'une formation pour savoir répondre aux besoins de ceux dont ils s'occupent, mais aussi de moments de répit.

Dans le même temps, les Français se montrent critiques à l'égard des politiques publiques en faveur des personnes âgées. En effet, plus de 70 % des personnes interrogées (soit 16 points de plus qu'en 2004) jugent, qu'à l'heure actuelle, la prise en charge n'est pas satisfaisante, et près de 80 % estiment qu'on n'en parle pas assez (+ 15 points). Quand on les interroge sur leurs préférences en matière de prise en charge des personnes en perte d'autonomie, la majorité des Français penche pour l'adoption d'un système de financement reposant sur la solidarité nationale, qui tienne éventuellement compte des capacités contributives des personnes. A l'inverse, un répondant sur quatre préfère l'effort individuel, avec le choix de souscrire ou non une assurance dépendance (TNS Sofres, 2009).

Ces éléments ont un retentissement particulier dans le contexte actuel de débat autour du cinquième risque (Henrard, 2007; Moreau, 2008), plus que jamais d'actualité (*cf.* dossiers dans la Tribune du 4 février 2010 et dans le Monde Economie du 15 février 2010). La question de la prise en charge de la perte d'autonomie fait l'objet de nombreuses discussions et propositions, entre solidarités nationale et familiale, introduction d'un gage patrimonial dans le cadre de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie), assurance privée (Dufour-Kippelen, 2008; Vasselle, 2008). A cet égard, il est intéressant de considérer les expériences menées à l'étranger (Assous & Mahieu, 2002). Les pays scandinaves s'appuient sur la solidarité publique (système beveridgien), tandis que ceux du sud de l'Europe font plus souvent appel aux solidarités familiales, l'aide sociale venant

suppléer leur absence. Certains pays continentaux, quant à eux, ont mis en place un système de couverture du risque dépendance (Allemagne, Luxembourg). Confrontés au vieillissement de leur population et à des changements sociaux (participation plus importante des femmes sur le marché du travail, éloignement des enfants, etc.), la plupart des pays européens continuent de chercher et de mettre en place des mesures de prise en charge qui permettent de répondre aux besoins des personnes en perte d'autonomie, tout en respectant, autant que possible, des contraintes sociales et économiques.

C'est dans ce cadre qu'est mené le projet « Economie de l'aide formelle et informelle aux personnes âgées », intégré au programme européen FLARE (*Future Leaders of Ageing Research in Europe*), et financé par la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie). Cette recherche essaie d'apporter des éléments d'information et de comparaison au sujet des conditions de vie des personnes âgées et de leurs aidants, essentiellement à partir de données d'enquêtes statistiques. Le rapport précédent (mars 2009) présentait les résultats issus de l'enquête HID (Handicaps-Incapacités-Dépendance) pour le cas français, ainsi que les premiers résultats comparatifs avec l'Irlande, s'appuyant sur l'enquête SHARE (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*). Le présent rapport approfondit l'étude comparative avec l'Irlande, et dévoile les résultats préliminaires obtenus à partir de la récente enquête HSM (Handicap-Santé Ménages) pour la France.

2. OBJECTIFS - RAPPEL

2.1. Objectif 1 : décrire la situation des personnes âgées en perte d'autonomie

Ce premier objectif se décline en deux axes. Le premier s'intéresse aux besoins d'aide que rencontrent les personnes âgées dans leur vie quotidienne, ainsi que leur couverture. Le second s'attache à étudier les configurations d'aide apportée aux personnes en perte d'autonomie, ainsi que les caractéristiques des aidants qui interviennent auprès de ces personnes.

2.1.1. Evaluation des besoins des personnes âgées

Une prise en charge de qualité cherche en priorité à répondre aux besoins des personnes, ce qui nécessite de disposer d'informations fiables. Dans ce projet, on s'intéresse aux besoins d'aide humaine auxquels sont confrontées les personnes âgées en perte d'autonomie, lorsqu'elles ne parviennent plus (ou ont beaucoup de difficultés) à accomplir les gestes essentiels de la vie quotidienne. L'objectif consiste à mesurer les besoins d'aide et leur couverture, en se servant d'enquêtes menées en population générale. Les analyses tiennent compte d'un certain nombre de biais potentiels, grâce à des techniques économétriques adaptées. Elles cherchent à améliorer la connaissance des facteurs d'ordre social, économique ou sanitaire associés à ces situations de besoins d'aide, pouvant parfois faire apparaître l'existence de certaines inégalités sociales.

2.1.2. Description de l'aide et des aidants des personnes âgées

La qualité de vie des personnes âgées en perte d'autonomie dépend très souvent de l'aide qu'elles reçoivent. Un des objectifs de ce projet consiste donc à étudier les caractéristiques de l'aide, en mettant l'accent sur l'aide humaine et ses deux composantes : l'aide informelle (apportée par l'entourage) et l'aide formelle (dispensée par des professionnels). Le projet s'intéresse aussi aux caractéristiques des aidants (avec une attention particulière portée aux différences de genre), à leurs comportements et motivations. Apporter de l'aide à un proche en perte d'autonomie a aussi une incidence sur la vie quotidienne des aidants eux-mêmes, incidence à laquelle il est important de s'intéresser, étant donné les conséquences socio-économiques et sanitaires que cela peut entraîner (réduction du temps de travail, retraite anticipée, état de santé dégradé, etc.).

2.2. Objectif 2 : évaluer l'importance économique de la prise en charge de la perte d'autonomie

Ce deuxième objectif est lui aussi mené en deux temps. En premier lieu, on s'attache à décrire les contextes nationaux de prise en charge adoptés par la France et l'Irlande. Ensuite, on cherche à mesurer l'importance économique des mesures destinées aux personnes en perte d'autonomie, en particulier celles associées à l'aide informelle.

2.2.1. Description des systèmes nationaux de prise en charge de la perte d'autonomie

Comme cela a été dit en introduction, les pays européens ont adopté des systèmes de protection sociale différents. L'objectif de ce travail est donc de décrire plus précisément le contexte français, plutôt bismarckien, et de le comparer au modèle anglo-saxon, plus libéral, qui a cours en Irlande. L'exercice est d'autant plus difficile qu'on assiste, de plus en plus, à l'adoption de nouvelles mesures et à la mise en place de réformes, qui rendent les systèmes de moins en moins lisibles.

2.2.2. Evaluation économique de la prise en charge de la perte d'autonomie

Face à la complexité des systèmes de prise en charge, la connaissance des coûts liés à la perte d'autonomie est très difficile à obtenir et n'est souvent que partielle. Dans le cas présent, une composante, non négligeable du point de vue de l'organisation et de la dispensation des soins, reste méconnue : le coût que représente l'aide informelle. Le but est alors, à partir des données disponibles, d'utiliser différentes méthodes de calcul (biens *proxy*, coûts d'opportunité, évaluation contingente), de façon à obtenir une échelle des coûts afférents à la prise en charge de la perte d'autonomie. Ces résultats devraient permettre aux politiques publiques de mieux évaluer les efforts faits par les proches, pour pouvoir ensuite soutenir ces efforts et/ou combler les lacunes.

3. TRAVAUX ET RESULTATS 2009

Cette partie est consacrée à la présentation détaillée des résultats obtenus ces derniers mois. Ils se déclinent selon les objectifs décrits précédemment : d'une part, en mettant l'accent sur la comparaison France / Irlande (à partir des données de l'enquête SHARE), et d'autre part, en se focalisant plus en détails sur la situation française, grâce aux données de l'enquête HSM 2008.

3.1. Les conditions de vie des personnes âgées en perte d'autonomie (objectif 1)

3.1.1. Evaluation des besoins d'aide

3.1.1.1. Comparaison France / Irlande

L'enquête européenne SHARE (*Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe*) est une base de données pluridisciplinaire, comparative et longitudinale, axée sur les questions sanitaires et socio-économiques liées au vieillissement (Börsch-Supan & Jürges, 2005). SHARE interroge à travers toute l'Europe un échantillon de ménages dont au moins un membre est âgé de 50 ans ou plus. Au total, plus de 30 000 ménages européens ont été enquêtés. Les informations recueillies portent sur l'état de santé, les consommations médicales, le statut socio-économique, les conditions de vie, l'aide et le soutien reçus et prodigués.

La dimension longitudinale de l'enquête SHARE est particulièrement importante, puisqu'elle permet d'analyser les dynamiques du vieillissement dans la durée et de mettre en évidence les évolutions, les transitions, ainsi que les effets de génération et les phénomènes de causalité (Attias-Donfut & Sirven, 2009; Barangé *et al.*, 2008). Après une première vague réalisée en 2004-05, la seconde vague de l'enquête, menée entre 2006 et 2007, a vu en même temps s'élargir le champ de la comparaison, avec la participation de nouveaux pays, dont l'Irlande (Börsch-Supan *et al.*, 2008). La comparaison France / Irlande utilise donc les données de la seconde vague de l'enquête SHARE. Elle se limite aux personnes âgées de 65 ans et plus, âge à partir duquel sont mises en place les politiques publiques en Irlande. Limiter l'échantillon d'étude aux personnes de 75 ans et plus aurait posé un problème d'effectif et donc de robustesse des analyses.

Dans l'enquête SHARE, le besoin d'aide pour les activités quotidiennes est défini comme la difficulté – quel qu'en soit le degré – à faire ces activités, du fait d'un problème physique, mental, affectif ou de mémoire, qui dure depuis plus de trois mois. Parmi les activités considérées, on distingue les ADL (*Activities of Daily Living*) : 1) S'habiller ; 2) Se déplacer dans une pièce ; 3) Prendre son bain ou sa douche ; 4) Manger ; 5) Se mettre au lit ou se lever ; 6) Utiliser les toilettes. Les IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*) regroupent les activités suivantes : 1) Utiliser une carte pour

se repérer dans un lieu inconnu ; 2) Préparer un repas chaud ; 3) Aller faire les courses ; 4) Passer des appels téléphoniques ; 5) Prendre des médicaments ; 6) Faire le ménage ou jardiner ; 7) Gérer l'argent, par exemple payer les factures et suivre les dépenses.

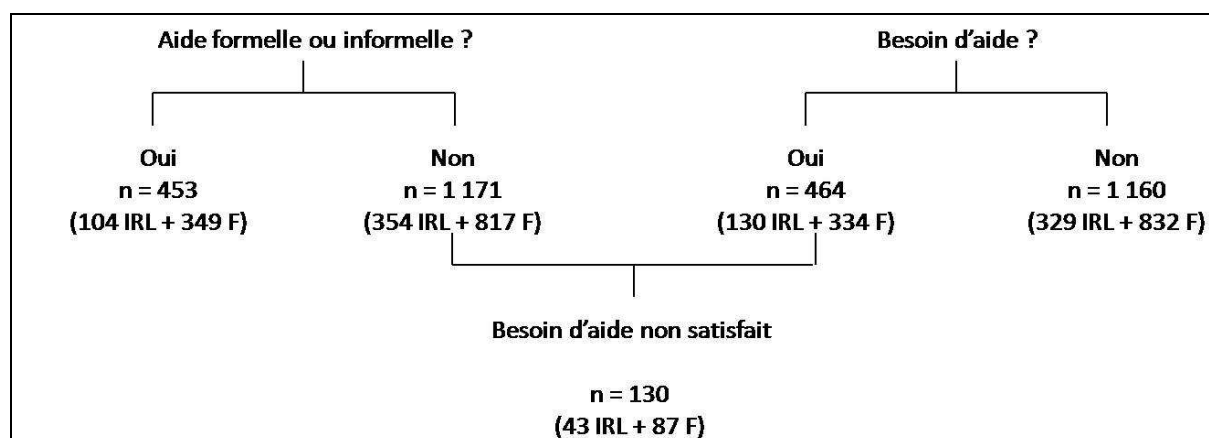
Le tableau 1 fait apparaître que les écarts entre les deux pays, au regard des difficultés exprimées pour réaliser les activités de la vie quotidienne, sont relativement faibles. Les différences les plus prononcées semblent concerner le fait de se repérer sur une carte et de téléphoner, avec une proportion de personnes concernées plus élevée en France. Au total, 17 % des personnes âgées ont déclaré avoir besoin d'aide pour au moins une ADL, et près d'un quart pour ce qui est des IADL.

Tableau 1 : Prévalences des besoins d'aide (difficultés) pour les activités de la vie quotidienne chez les personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile (SHARE 2006-7, France & Irlande, n=1 624).

	Irlande (n = 458)	France (n = 1 166)
ADL		
Toilette	3,7	2,2
Habillage	9,0	11,6
Alimentation	11,0	10,7
WC	2,9	2,7
Transferts lit/fauteuil	1,5	2,2
Déplacements dans le logement	3,5	3,8
Au moins une ADL	17,0	17,5
IADL		
Courses	5,9	5,5
Repas	11,4	13,0
Ménage	2,6	4,2
Papiers	12,3	15,3
Médicaments	3,3	4,2
Se repérer sur une carte	4,8	7,9
Téléphone	10,3	13,1
Au moins une IADL	24,4	26,0

Le questionnaire de l'enquête SHARE permet ensuite de savoir si les personnes, qui rencontrent des difficultés, reçoivent ou non de l'aide, grâce à la question : « Pensez aux activités qui vous posent problème. Quelqu'un vous aide-t-il parfois à accomplir ces activités ? (y compris votre conjoint ou d'autres personnes de votre foyer) ». On définit alors le besoin d'aide non-satisfait par l'occurrence conjointe d'un besoin d'aide et de l'absence d'aide reçue (cf. figure 1). Il n'est cependant pas possible de distinguer les ADL des IADL.

Figure 1 : Définition du besoin d'aide (difficultés) et de la non-satisfaction pour les activités de la vie quotidienne chez les personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile (SHARE 2006-7, France & Irlande, n=1 624).



On constate que plus de 28% des personnes âgées de 65 ans et plus ont besoin d'aide pour au moins une ADL ou IADL, dans les deux pays (tableau 2). Par contre, on observe une différence significative quant à la proportion de besoins non-satisfaits : un tiers des Irlandais sont confrontés à cette situation, contre un quart des Français. Ce résultat laisse ainsi penser que l'offre et la disponibilité d'aide formelle et informelle diffère entre les deux pays et a un impact prégnant sur les conditions de vie des personnes en perte d'autonomie.

Tableau 2. Besoins d'aide et besoins d'aide non-satisfaits pour les activités de la vie quotidienne chez les personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile (SHARE 2006-7, France & Irlande, n=1 624).

	Irlande (n = 458)	France (n = 1 166)
Besoin d'aide pour au moins une activité ADL ou IADL	28,4	28,6
Besoin d'aide non-satisfait parmi ceux ayant besoin d'aide	33,1	26,1

Une analyse économétrique, basée sur un modèle probit bivarié avec sélection d'échantillon, a été réalisée afin de mieux cerner les facteurs associés à la fois aux besoins d'aide et à leur non-satisfaction (tableau 3). Les résultats montrent que la probabilité de déclarer des difficultés pour accomplir les actes du quotidien augmente avec l'âge. Les femmes, les personnes qui vivent uniquement avec leur conjoint voient également cette probabilité être majorée. Les caractéristiques socio-économiques sont aussi discriminantes : les personnes disposant d'un revenu insuffisant (mesuré par la difficulté à boucler les fins de mois) et celles n'ayant pas beaucoup d'années d'études ont un risque plus important d'avoir besoin d'aide. Logiquement, l'état de santé physique, mais aussi cognitif, joue un rôle majeur dans la déclaration de besoins d'aide : plus le nombre de problèmes de santé croît, ou plus le score mémoire est faible, plus le risque d'avoir besoin d'aide augmente. Enfin, il existe une différence significative entre l'Irlande et la France, les habitants du premier pays ayant un risque accru d'avoir déclaré des difficultés.

Concernant la non-satisfaction, l'analyse fait ressortir un effet du genre, les hommes étant plus susceptibles de rencontrer cette situation lorsqu'ils ont besoin d'aide. La variable *proxy* du revenu joue encore un rôle discriminant, puisque les personnes ayant du mal à boucler les fins de mois sont plus sujettes à voir leurs besoins d'aide non-satisfaits. Par contre, il apparaît que les personnes âgées présentant un cumul de problèmes de santé (limitations fonctionnelles et IADL) voient le risque de non-satisfaction diminuer. Finalement, comme pour le besoin d'aide, l'Irlande est plus souvent confrontée aux cas de non-satisfaction.

La plupart de ces résultats ont déjà été mis en évidence dans de précédentes études, sur des données plus anciennes (Davin *et al.*, 2009; Davin *et al.*, 2009a). Ils confirment les inégalités sociales de santé, maintes fois mises en évidence, y compris aux âges avancés, et les inégalités d'accès aux aides et aux soins. Le résultat plus « original » concerne l'écart constaté entre les deux pays. Pour bien en comprendre la raison, il serait nécessaire de disposer d'éléments permettant de mieux prendre en considération les caractéristiques nationales, et de les intégrer dans un modèle multi-niveau. N'étant pour l'instant pas en mesure de le faire, nous renvoyons à la section 3.2 pour une présentation et une discussion des différences de politiques de prise en charge entre les deux pays.

Pour en savoir plus : « Use of formal and informal care services among older people in Ireland and France ». European Journal of Health Economics, re-soumis après révision, février 2010.

Tableau 3. Facteurs associés au besoin d'aide et à sa non-satisfaction chez les personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile (SHARE 2006-7, France & Irlande, n=1 624, probit bivarié avec sélection d'échantillon).

VARIABLE		Besoin d'aide	Besoin d'aide non-satisfait parmi ceux ayant besoin d'aide
Age	<i>65-69 ans</i>	-	-
	<i>70-74 ans</i>	0.227 (0.094)***	0.213 (0.132)
	<i>75-79 ans</i>	0.528 (0.106)***	-0.048 (0.141)
	<i>80 ans et plus</i>	0.922 (0.116)***	-0.121 (0.148)
Sexe	<i>Masculin</i>	-0.457 (0.080)***	0.200 (0.108)*
	<i>Féminin</i>	-	-
Ménage	<i>Seul</i>	-	-
	<i>Uniquement avec son conjoint</i>	0.214 (0.097)**	0.025 (0.119)
	<i>Avec son conjoint et d'autres</i>	0.140 (0.170)	0.181 (0.245)
	<i>Uniquement avec d'autres</i>	0.007 (0.191)	-0.192 (0.209)
Années d'éducation		-0.020 (0.010)**	0.005 (0.013)
Difficultés pour boucler les fins de mois ^a	<i>Oui</i>	0.287 (0.093)***	0.254 (0.111)**
	<i>Non</i>	-	-
	<i>Non renseigné</i>	0.029 (0.099)	0.027 (0.129)
Nombre de symptômes	<i>0 – 12</i>	0.370 (0.030)***	
Nombre de problèmes chroniques	<i>0 – 15</i>	0.202 (0.032)***	
Nombre de limitations fonctionnelles	<i>0 – 10</i>		-0.068 (0.028)***
Nombre de restrictions ADL	<i>0 – 6</i>		-0.126 (0.079)
Nombre de restrictions IADL	<i>0 – 7</i>		-0.684 (0.070)***
Fonctions cognitives	<i>0 – 10 (Score mémoire)</i>	- 0.079 (0.020)***	
Pays	<i>Irlande</i>	0.358 (0.087)***	0.446 (0.110)***
	<i>France</i>	-	-
Constante		-0.665 (0.170)***	0.291 (0.236)

Log vraisemblance = -1255.8

$\rho(1.2) = 0.349 (0.142)$

LR Test ($p = 0$): $\text{Chi}^2(1) = 4.73$ Prob > $\text{Chi}^2 = 0.0296$

^a: variable servant de *proxy* pour le revenu.

Significativité à : * : 0,1 ; ** : 0,05 ; *** : 0,01.

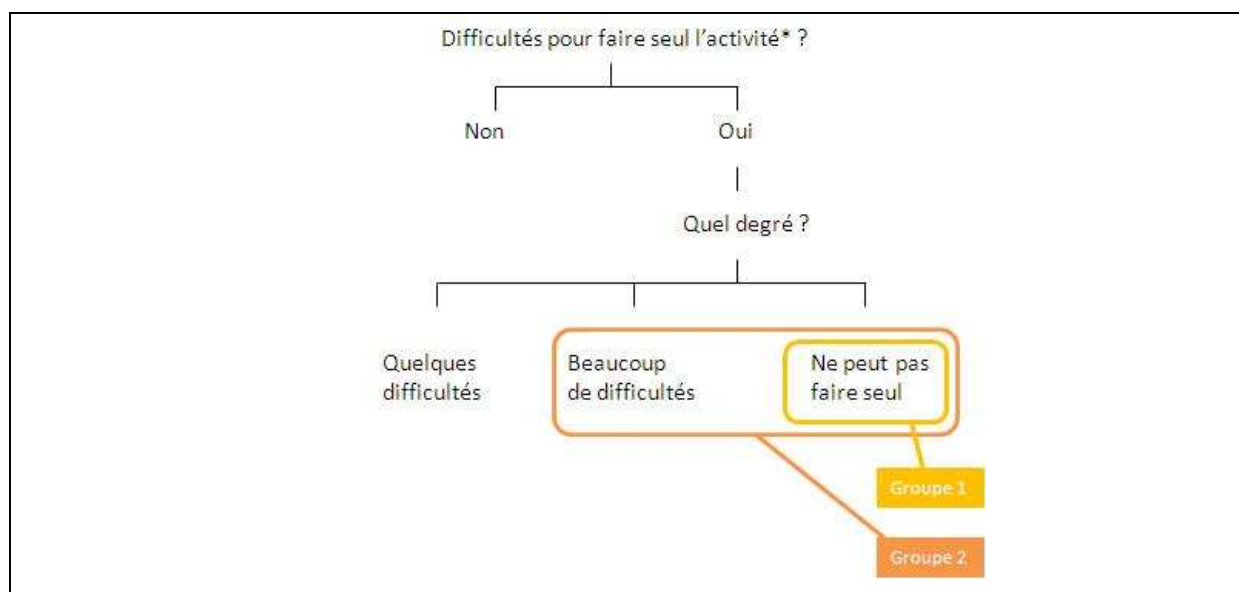
3.1.1.2. Zoom sur la situation française

Faisant suite à l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID) – dont les principaux résultats figurent dans le rapport de mars 2009, l'enquête Handicap-Santé Ménages (HSM), menée en 2008 par l'Insee, est une enquête nationale qui s'intéresse à la santé et aux difficultés que rencontrent les personnes dans leur vie quotidienne (Bouvier, 2009). Elle a été précédée en 2007 d'une enquête de filtrage, l'enquête Vie Quotidienne et Santé (VQS), à laquelle près de 270 000 personnes ont répondu (Midy, 2009). Quatre groupes de niveaux de sévérité présumée des situations de handicap ont alors été construits. Puis, le tirage de l'échantillon de l'enquête HSM a été fait de façon à sur-représenter les personnes dont la situation de handicap est sévère. Près de 28 500 individus de tous âges ont alors été interrogés sur leur état de santé (maladies, déficiences, limitations fonctionnelles, restrictions d'activités, besoins d'aide), leur environnement socio-familial (composition du ménage, caractéristiques des parents, des frères et sœurs, des enfants, des aidants formels et informels), leurs ressources socio-économiques (scolarité, emploi, revenus, allocations), leurs conditions de vie (logement, discrimination). Suite à la discussion lors de la réunion de lancement des projets FLARE (en février 2008), l'échantillon est ici limité aux personnes âgées de 75 ans ou plus, vivant en ménage ordinaire (n = 4 378).

La partie du questionnaire de l'enquête HSM portant sur les restrictions d'activités identifie d'abord les activités quotidiennes pour lesquelles les personnes interrogées ont déclaré rencontrer des difficultés. Puis, il précise le degré de difficultés, selon trois modalités : 1) quelques difficultés ; 2) beaucoup de difficultés ; 3) ne peut pas faire seul(e) (cf. figure 2). Deux groupes ont été définis pour évaluer les besoins d'aide de la population âgée. La première approche, la plus restrictive, concerne uniquement les personnes ayant déclaré ne pas pouvoir faire seules les activités retenues (groupe 1). Puis on élargit la population en incluant les individus ayant beaucoup de difficultés à faire ces activités (groupe 2).

La liste des activités se compose de sept ADL : 1) faire sa toilette ; 2) s'habiller ; 3) s'alimenter ; 4) aller aux et utiliser les WC ; 5) transferts lit/fauteuil ; 6) se déplacer dans le logement ; 7) sortir. On s'intéresse en outre à huit IADL : 1) faire les courses ; 2) préparer les repas ; 3) faire les tâches ménagères usuelles ; 4) faire les tâches ménagères occasionnelles ; 5) s'occuper des papiers administratifs ; 6) prendre ses médicaments ; 7) utiliser les transports ; 8) se servir du téléphone.

Figure 2 : Mesure des besoins d'aide pour les activités de la vie quotidienne dans l'enquête HSM 2008.



Le tableau 4 présente les résultats pour le groupe 1 (restrictif) : il apparaît que près de 10 % des hommes âgés de 75 ans et plus, et 15 % des femmes du même âge, ont déclaré ne pas pouvoir faire seuls au moins une des ADL considérées. Les besoins d'aide sont encore plus marqués pour les IADL : plus d'un homme sur cinq et plus d'une femme sur trois ne peut pas faire une ou plusieurs des IADL sans l'aide de quelqu'un. Les prévalences les plus importantes, et celles pour lesquelles on observe un écart hommes / femmes important, sont la toilette et les sorties pour les ADL. Pour les IADL, cela concerne les courses et les tâches ménagères occasionnelles (laver les vitres, etc.), puis plus modérément, les tâches ménagères courantes (vaisselle, lessive, repassage, rangement, etc.), la gestion des papiers et l'utilisation des transports.

Si on prend aussi en compte les personnes ayant beaucoup de difficultés (groupe 2), il ressort que 14 % des hommes et plus de 20 % des femmes de 75 ans et plus ont besoin d'aide pour au moins une des ADL (tableau 5). Ces pourcentages sont respectivement de 26 et 45 % pour les IADL.

Tableau 4 : Prévalences des besoins d'aide pour les activités de la vie quotidienne chez les personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile (HSM 2008, n = 4 378, échantillon pondéré, groupe 1).

	Hommes (n = 1 541)	Femmes (n = 2 837)	Ensemble (n = 4 378)
ADL			
Toilette	6,6	7,9	7,4
Habillage	4,2	4,6	4,5
Alimentation	3,6	3,3	3,4
WC	2,2	2,3	2,3
Transferts lit/fauteuil	2,7	3,0	2,9
Déplacements dans le logement	2,4	3,0	2,8
Sorties	5,8	11,8	9,5
<i>Au moins une ADL</i>	9,6	14,8	12,8
IADL			
Courses	14,2	24,0	20,3
Repas	9,9	9,0	9,3
Ménage	10,7	16,4	14,2
Ménage occasionnel	14,5	26,9	22,2
Papiers	10,7	15,8	13,9
Médicaments	5,6	5,5	5,5
Transports	12,5	18,6	16,3
Téléphone	4,2	3,8	4,0
<i>Au moins une IADL</i>	21,1	35,4	29,9

Tableau 5 : Prévalences des besoins d'aide pour les activités de la vie quotidienne chez les personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile (HSM 2008, n = 4 378, échantillon pondéré, groupe 2).

	Hommes (n = 1 541)	Femmes (n = 2 837)	Ensemble (n = 4 378)
ADL			
Toilette	10,2	12,0	11,3
Habillage	7,1	8,2	7,8
Alimentation	4,6	4,9	4,8
WC	2,6	3,0	2,8
Transferts lit/fauteuil	3,9	5,4	4,8
Déplacements dans le logement	3,0	4,0	3,6
Sorties	7,3	14,5	11,7
Au moins une ADL	13,9	20,7	18,1
IADL			
Courses	16,5	29,4	24,5
Repas	11,6	11,7	11,7
Ménage	13,7	24,3	20,3
Ménage occasionnel	18,2	36,6	29,6
Papiers	13,2	19,3	17,0
Médicaments	6,9	6,7	6,8
Transports	13,8	21,5	18,6
Téléphone	5,0	4,9	4,9
Au moins une IADL	25,8	44,8	37,6

La suite du questionnaire de l'enquête HSM permet de connaître l'aide reçue par les personnes, ainsi que l'appréciation de besoins d'aide résiduels. On peut ainsi mesurer l'existence de besoins sous-satisfaits (lorsque les personnes reçoivent une aide mais la jugent insuffisante) et de besoins non-satisfaits (lorsque les personnes ne reçoivent pas d'aide mais en ont besoin par ailleurs).

Dans le groupe 1, on constate qu'un quart des hommes et 30 % des femmes de 75 ans et plus, qui n'arrivent pas à faire seuls une ou plusieurs des ADL, considèrent que l'aide reçue n'est pas suffisante (tableau 6). Cela concerne surtout les transferts du lit ou du fauteuil. Pour les IADL, la proportion de besoins sous-satisfaits est plus importante chez les hommes (34 % contre 30 % chez les femmes). Elle touche en premier lieu les repas et le ménage.

La prévalence de besoins non-satisfaits est relativement faible : elle touche moins de 5 % des 75 ans et plus. Ce sont essentiellement les activités liées aux sorties et à l'utilisation des transports qui sont concernées. Néanmoins, il est intéressant de noter que ces chiffres ne coïncident pas toujours avec les effectifs des personnes qui ne reçoivent aucune aide humaine. Par exemple, alors que 15 % des femmes ne reçoivent pas le soutien d'un tiers pour les ADL, elles ne sont que 4 % à avoir déclaré qu'elles en auraient besoin. Il est fort possible que les aides techniques puissent dans certains cas se substituer à l'aide humaine. Cette hypothèse mériterait d'être vérifiée à partir des données de l'enquête HSM. Mais on ne peut pas exclure qu'une partie de la population ayant besoin d'aide et n'en recevant pas se retienne, pour différentes raisons qu'il faudrait investiguer, de demander de l'aide.

On observe globalement les mêmes tendances lorsqu'on s'intéresse au groupe 2 (tableau 7).

Comme cela a été fait sur les données de l'enquête SHARE, l'étude des facteurs associés aux situations de besoins d'aide, de sous-satisfaction ou de non-satisfaction, devrait être menée, afin de mieux comprendre les différents déterminants en jeu. Outre les modèles probit / biprobit, la structure des données de l'enquête HSM devrait permettre d'affiner les analyses en recourant à des modèles de comptage du type *hurdle models*, *zip (zero-inflated Poisson)* ou *zinb (zero-inflated negative binomial)*, qui tiennent compte à la fois du fait que la majorité des personnes n'exprime aucun besoin d'aide et du fait que certains accumulent les besoins pour plusieurs activités.

Tableau 6 : Sous-satisfaction et non-satisfaction des besoins d'aide pour les activités de la vie quotidienne chez les personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile ayant besoin d'aide (HSM 2008, échantillon pondéré, groupe 1).

	Hommes			Femmes		
	Besoin d'aide sous-satisfait	Besoin d'aide non-satisfait	% ne recevant aucune aide	Besoin d'aide sous-satisfait	Besoin d'aide non-satisfait	% ne recevant aucune aide
ADL						
Toilette	15,9	0,2	0,5	23,6	1,2	2,7
Habillage	25,2	1,7	1,7	24,7	0,5	0,7
Alimentation	24,5	0,9	5,8	27,9	1,2	1,3
WC	25,8	0,0	7,6	23,9	2,4	11,9
Transferts lit/fauteuil	34,7	0,0	0,8	27,8	0,9	4,3
Déplacements dans le logement	25,6	3,0	12,9	28,8	0,5	18,5
Sorties	20,4	4,8	10,7	23,9	2,8	12,5
Au moins une ADL	24,4	4,6	11,8	29,9	4,0	15,0
IADL						
Courses	19,8	0,7	3,0	18,9	0,8	1,6
Repas	25,7	0,1	0,2	22,1	1,3	3,0
Ménage	28,2	0,3	0,5	28,7	0,3	1,5
Ménage occasionnel	24,0	0,8	1,9	25,4	1,1	2,6
Papiers	18,2	0,7	1,1	18,1	1,4	2,6
Médicaments	18,4	1,6	1,6	23,8	0,2	0,4
Transports	22,8	3,9	10,3	20,8	5,9	16,1
Téléphone	18,8	2,2	15,7	23,0	2,1	21,0
Au moins une IADL	34,2	3,9	10,3	30,5	5,3	13,7

Tableau 7 : Sous-satisfaction et non-satisfaction des besoins d'aide pour les activités de la vie quotidienne chez les personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile ayant besoin d'aide (HSM 2008, échantillon pondéré, groupe 2).

	Hommes			Femmes		
	Besoin d'aide sous-satisfait	Besoin d'aide non-satisfait	% ne recevant aucune aide	Besoin d'aide sous-satisfait	Besoin d'aide non-satisfait	% ne recevant aucune aide
ADL						
Toilette	18,1	0,9	6,0	22,9	2,7	7,4
Habillage	22,7	1,6	10,7	23,0	4,7	10,7
Alimentation	24,0	1,3	5,3	28,8	3,0	6,1
WC	23,5	1,2	12,6	24,4	1,9	15,5
Transferts lit/fauteuil	32,5	0,1	10,2	22,3	5,6	22,8
Déplacements dans le logement	21,7	2,7	19,2	25,1	3,4	25,9
Sorties	21,9	4,7	11,6	24,4	3,1	13,1
Au moins une ADL	27,1	4,6	19,7	28,3	7,6	25,1
IADL						
Courses	19,3	2,3	4,3	22,4	0,9	2,1
Repas	25,0	0,2	0,8	21,5	1,3	3,7
Ménage	27,1	2,0	2,3	26,6	3,1	4,5
Ménage occasionnel	22,4	1,3	3,0	26,1	1,8	3,6
Papiers	20,8	0,8	1,4	19,0	1,9	3,8
Médicaments	21,2	1,3	1,3	25,1	0,2	0,6
Transports	23,8	4,2	10,2	21,6	6,5	16,7
Téléphone	20,4	1,9	16,1	24,6	2,0	21,3
Au moins une IADL	33,4	4,7	11,0	33,3	7,1	16,4

Parmi les facteurs mis en évidence à partir des données de la précédente enquête HID, le statut du répondant est apparu particulièrement discriminant (Davin *et al.*, 2009). Un quart des personnes âgées vivant à domicile ont été aidées ou remplacées par un tiers personne pour répondre à l'enquête HSM. Une première analyse descriptive des données montre que l'on retrouve des écarts importants dans la déclaration des besoins d'aide en fonction de la personne qui a répondu (tableaux 8 et 9). Alors que moins de 7 % des personnes qui ont répondu seules ont déclaré avoir besoin d'aide pour une ou plusieurs ADL, cette proportion passe à 33 % pour les personnes qui ont été aidées (par un proche) pour répondre, et atteint 64 % pour celles qui ont été remplacées par un répondant proxy. Les pourcentages sont encore plus élevés pour les IADL, valant respectivement 22 % (la personne a répondu seule), 64 % (la personne a été aidée) et 76 % (la personne a été remplacée).

Tableau 8 : Prévalence des besoins d'aide pour les activités de la vie quotidienne chez les personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile en fonction du statut du répondant (HSM 2008, n = 4 378, échantillon pondéré, groupe 1).

	Répond seul (n = 3 212)	Assisté (n = 737)	Proxy (n = 429)
ADL			
Toilette	2,9	22,1	45,6
Habillage	1,2	13,4	36,4
Alimentation	1,0	7,2	33,7
WC	0,2	6,0	27,1
Transferts lit/fauteuil	0,4	8,0	30,3
Déplacements dans le logement	0,4	8,0	28,8
Sorties	4,7	24,0	52,8
Au moins une ADL	6,7	32,7	63,9
IADL			
Courses	13,1	50,3	67,0
Repas	3,6	29,2	55,4
Ménage	8,4	35,4	58,9
Ménage occasionnel	15,9	47,8	64,3
Papiers	7,0	41,4	61,1
Médicaments	1,0	17,2	52,0
Transports	9,4	42,8	65,4
Téléphone	0,5	11,5	42,2
Au moins une IADL	22,3	63,6	76,4

Tableau 9 : Prévalence des besoins d'aide pour les activités de la vie quotidienne chez les personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile en fonction du statut du répondant (HSM 2008, n = 4 378, échantillon pondéré, groupe 2).

	Répond seul (n = 3 212)	Assisté (n = 737)	Proxy (n = 429)
ADL			
Toilette	5,7	22,1	45,6
Habillage	3,5	13,4	36,4
Alimentation	1,5	7,2	33,7
WC	0,4	6,0	27,1
Transferts lit/fauteuil	1,6	8,0	30,3
Déplacements dans le logement	0,8	8,0	28,8
Sorties	6,6	24,0	52,8
Au moins une ADL	11,3	32,7	63,9
IADL			
Courses	17,1	56,4	69,9
Repas	5,1	37,2	59,5
Ménage	14,5	42,4	62,3
Ménage occasionnel	23,6	55,3	66,6
Papiers	9,5	48,5	64,1
Médicaments	1,5	21,7	56,7
Transports	11,6	46,7	66,7
Téléphone	0,9	14,9	46,3
Au moins une IADL	30,3	70,9	78,9

Afin de vérifier ce qui avait été observé précédemment dans HID (Davin *et al.*, 2009), des modélisations économétriques, permettant de contrôler notamment les problèmes d'endogénéité, devraient être réalisées, pour voir si le statut du répondant affecte réellement la déclaration des besoins d'aide et l'appréciation des cas de sous-satisfaction et de non-satisfaction. D'autres types de biais devraient aussi être étudiés : biais de participation (lorsque la personne que l'on cherche à enquêter ne peut pas ou ne veut pas répondre à l'enquête), biais de déclaration (lorsque qu'on fait appel à des répondants proxy qui n'ont pas les mêmes appréciations que les personnes qu'ils remplacent pour répondre), biais d'incitation (lorsque les personnes cherchent par leurs déclarations à faire reconnaître leur situation et leurs droits à certaines prestations par exemple).

3.1.2. L'aide reçue par les personnes âgées

3.1.2.1. Comparaison France / Irlande

Le questionnaire de l'enquête SHARE recense l'aide apportée par des professionnels pour trois grandes familles d'activités : les soins personnels, les tâches ménagères et les repas à domicile. Il examine également l'aide apportée par des aidants non professionnels (famille, amis, voisins), ne vivant pas au sein du ménage de la personne enquêtée. Cela concerne les soins personnels, l'entretien du logement et la gestion administrative. A partir des informations disponibles, on est en mesure de calculer les volumes horaires d'aide reçue par les personnes âgées de 65 ans et plus. Les résultats montrent un écart très significatif dans le recours à l'aide de professionnels entre les deux pays (tableau 10). Moins de 10 % des personnes âgées de 65 ans et plus vivant en Irlande bénéficient d'une aide formelle, contre près d'un quart en France. Néanmoins, en moyenne, le nombre d'heures d'aide reçue est plus important en Irlande. La différence est moins prononcée, et le rapport inversé, pour l'aide informelle : 23 % des personnes âgées irlandaises reçoivent ce type d'aide contre 17 % des personnes âgées françaises. Dans ce cas aussi, le volume horaire est plus élevé en Irlande.

Tableau 10. Aide formelle et informelle reçue par les personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile en Irlande ou en France (SHARE 2006-7, France & Irlande, n=1 624).

	Irlande (n = 458)	France (n = 1 166)
Aide formelle^a		
% recevant de l'aide formelle***	9.4 [6.7; 12.0]	23.8 [21.4; 26.3]
Nombre d'heures d'aide formelle par an	49.9 [8.1; 91.8]	36.5 [19.2; 53.8]
Nombre d'heures d'aide formelle par an parmi ceux recevant de l'aide formelle	539.7 [95.4; 983.9]	156.2 [83.7; 228.8]
Aide informelle^b		
% recevant de l'aide informelle**	22.7 [18.9; 26.5]	17.0 [14.8; 19.1]
Nombre d'heures d'aide informelle par an	146.1 [82.6; 209.7]	64.0 [41.4; 86.5]
Nombre d'heures d'aide informelle par an parmi ceux recevant de l'aide informelle	643.6 [382.6; 904.7]	376.7 [251.9; 501;5]

^a: Aide formelle pour les soins personnels, l'entretien de la maison et les repas à domicile.

^b: Aide informelle (extérieure au ménage) pour les soins personnels, l'entretien de la maison, la gestion administrative.

Différence entre l'Irlande et la France significative à : * :0,05 ; ** : 0,01 ; *** : 0,001.

L'interaction entre aide formelle et informelle fait l'objet d'une attention soutenue de la part des décideurs publics. En effet, elle conditionne les mesures de prise en charge à mettre en œuvre afin de soutenir les personnes en perte d'autonomie et leur entourage. Cela nécessite donc de savoir quel est le lien entre ces deux types d'aide : sont-ils plutôt complémentaires ou au contraire plutôt substituables ?

Afin d'essayer de répondre à cette question, on estime tout d'abord un modèle probit simple, dans lequel on introduit l'aide informelle comme facteur potentiellement explicatif de l'aide formelle reçue (tableau 11, colonne 4). On observe alors un lien positif et significatif entre les deux types d'aide : aide formelle et informelle seraient donc de nature complémentaire. Cependant, on est face à un problème d'endogénéité qui demande de faire appel à des modèles plus sophistiqués. Ce phénomène d'endogénéité de l'aide informelle peut être présent pour au moins deux raisons (Bonsang, 2009) : 1) la décision de recourir à l'aide formelle et la décision d'apporter de l'aide informelle peuvent être prises simultanément ; 2) il peut exister des facteurs ou des préférences non observés, qui sont associés aux deux types d'aide, et peuvent donc influencer le recours à l'aide formelle et informelle. L'utilisation d'un modèle probit avec variables instrumentales permet de contrôler ce biais, grâce à l'estimation simultanée d'une équation expliquant le recours à l'aide informelle avec des variables instrumentales (tableau 11, colonne 3), et d'une équation probit qui tient compte de l'endogénéité de l'aide informelle (tableau 11, colonne 5).

La première régression montre que recevoir de l'aide informelle (extérieure au ménage) est d'autant plus courant qu'on est âgé, qu'on vit seul, et qu'on souffre d'un état de santé physique ou psychique défaillant. Par contre, ceux qui ont du mal à joindre les deux bouts ou qui n'ont pas renseigné l'appréciation de leurs ressources reçoivent moins d'aide informelle. L'écart entre les deux pays est significatif : on reçoit plus d'aide informelle en Irlande qu'en France. Les variables instrumentales (avoir au moins un enfant à moins de 5 km de son logement, et l'aîné est une fille) ont passé les tests mis en œuvre et permettent donc d'obtenir des résultats d'estimation robustes.

Une fois qu'on tient compte de l'endogénéité de l'aide informelle, on constate que le lien avec l'aide formelle devient négatif, et reste significatif. On peut donc en conclure qu'aide formelle et informelle seraient plutôt de nature substituable, ce qui va dans le sens des précédents travaux menés sur ce thème (Bolin *et al.*, 2008; Bonsang, 2009; van Houtven & Norton, 2004). Par ailleurs on constate que la probabilité de recevoir de l'aide professionnelle augmente avec l'âge, le fait de vivre seul, et un mauvais état de santé. En outre, la variable caractérisant le pays, semble montrer une probabilité plus faible de recourir à l'aide formelle pour les personnes vivant en Irlande.

Pour en savoir plus : « Use of formal and informal care services among older people in Ireland and France ». European Journal of Health Economics, re-soumis après révision, février 2010.

Tableau 11. Probabilité de recevoir de l'aide formelle parmi les personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile en Irlande ou en France (SHARE 2006-7, France & Irlande, n=1 624).

VARIABLE		Aide informelle (extérieure)	Aide formelle	
		OLS	Probit	IV Probit
Age	<i>65-69 ans</i>	-	-	-
	<i>70-74 ans</i>	0.055 (0.113)	0.141 (0.119)	0.181 (0.142)
	<i>75-79 ans</i>	0.177 (0.124)	0.239 (0.124)**	0.356 (0.157)**
	<i>80 ans et plus</i>	0.579 (0.133)***	0.464 (0.125)***	0.836 (0.225)***
Sexe	<i>Masculin</i>	-0.140 (0.094)	0.049 (0.091)	-0.055 (0.120)
	<i>Féminin</i>	-	-	-
Ménage	<i>Seul</i>	-	-	-
	<i>Uniquement avec son conjoint</i>	-0.674 (0.112)***	-0.256 (0.106)***	-0.674 (0.226)***
	<i>Avec son conjoint et d'autres</i>	-0.823 (0.204)***	-0.290 (0.234)	-0.716 (0.329)**
	<i>Uniquement avec d'autres</i>	-0.639 (0.205)***	-0.160 (0.193)	-0.507 (0.283)*
Années d'éducation		-0.008 (0.012)	0.007 (0.011)	-0.001 (0.014)
Difficultés pour boucler les fins de mois ^a	<i>Oui</i>	-0.198 (0.106)*	0.014 (0.100)	-0.112 (0.134)
	<i>Non</i>	-	-	-
	<i>Non renseigné</i>	-0.208 (0.116)*	0.057 (0.116)	-0.081 (0.153)
Nombre de limitations fonctionnelles	<i>0 – 10</i>	0.089 (0.025)***	0.093 (0.022)***	0.154 (0.039)***
Nombre de restrictions ADL	<i>0 – 6</i>	0.083 (0.070)	0.024 (0.057)	0.078 (0.078)
Nombre de restrictions IADL	<i>0 – 7</i>	0.419 (0.054)***	0.245 (0.047)***	0.521 (0.136)***
Fonctions cognitives	<i>0 – 10 (score mémoire)</i>	-0.057 (0.024)***	-0.022 (0.024)	-0.061 (0.033)*
Pays	<i>Irlande</i>	0.335 (0.099)***	-0.836 (0.114)***	-0.603 (0.169)***
	<i>France</i>	-	-	-
Aide informelle ^b			0.083 (0.021)***	-0.574 (0.292)**
Au moins un enfant à moins de 5 km ^c	<i>Oui</i>	0.291 (0.091)***		
	<i>Non</i>	-		
L'aîné est une fille ^c	<i>Oui</i>	0.167 (0.088)**		
	<i>Non</i>	-		
Constante		0.845 (0.197)***	-1.256 (0.189)***	-0.579 (0.377)
F		33.31		
R ²		0.2607	0.2416	

F-test sur les variables instrumentales : F(2, 1601) = 8.19 Prob > F = 0.0003

Test de sur-identification : Amemiya-Lee-Newey statistic chi2(1) = 0.00 P-value = 0.9853

Test d'exogénéité de Wald : chi2(1) = 7.42 Prob > chi2 = 0.0065

^a: variable servant de *proxy* pour le revenu.

^b: Log (1 + nombre d'heures annuel).

^c: variables instrumentales.

Significativité à : * : 0,1 ; ** : 0,05 ; *** : 0,01.

3.1.2.2. Zoom sur la situation française

Grâce aux données de l'enquête HSM, on peut avoir des résultats plus détaillés pour la France. En effet, pour chaque ADL ou IADL, on est en mesure de savoir quel est le type d'aide dont bénéficient les personnes âgées de 75 ans et plus, qui ont besoin d'aide pour accomplir ces activités.

Lorsqu'on étudie le groupe 1 (*cf.* figure 2), on constate que plus de 60 % des hommes reçoivent de l'aide informelle pour au moins une des ADL, 40 % de l'aide formelle, près de 30 % de l'aide mixte, et près de 12 % n'ont aucune aide pour au moins une de ces activités (tableau 12). Les femmes sont moins nombreuses à recevoir de l'aide informelle et mixte. Si on distingue chaque type d'aide, 41 % des hommes ne reçoivent que de l'aide informelle (pour toutes les activités pour lesquelles ils ont besoin d'aide), 19 % uniquement de l'aide formelle, 36 % de l'aide mixte et 4 % ne bénéficient d'aucun soutien humain pour les ADL. Chez les femmes, la part de l'aide formelle est un peu plus élevée (24 %), au détriment de l'aide mixte (31 %).

Pour ce qui est des IADL, la moitié des hommes ne reçoit l'aide que de son entourage, 14 % sont aidés uniquement par des professionnels, 35 % bénéficient d'une aide mixte et 2 % n'ont aucun soutien. Les femmes reçoivent plus souvent l'aide de professionnels, qu'elle soit couplée ou non avec l'intervention des proches : 22 % reçoivent uniquement de l'aide formelle et 39 % de l'aide mixte.

Lorsqu'on élargit le champ d'étude au groupe 2, c'est-à-dire aux personnes qui ne peuvent pas faire seules ou ont beaucoup de difficultés à faire les activités, on constate globalement les mêmes tendances que celles décrites *supra*. Cependant, on peut noter des proportions plus importantes de personnes ne recevant aucune aide, en particulier au niveau des ADL : près de 10 % des personnes âgées de 75 ans et plus sont ainsi concernées.

Ces premiers résultats descriptifs devraient être approfondis par des analyses économétriques, cherchant à mettre en évidence les facteurs associés à ces différents cas. En effet, les coûts et les difficultés d'accès à l'aide professionnelle peuvent avoir des répercussions sur la façon dont sont soignées les personnes âgées. En outre, à l'instar de ce qui a été fait avec les données de l'enquête SHARE, la disponibilité des volumes horaires d'aide reçue, désormais présents dans l'enquête HSM, devrait conduire à étudier le degré de complémentarité ou de substituabilité des deux grands types d'aide. Enfin, lorsque les données de l'enquête Handicap-Santé Aidants informels (HSA) seront disponibles (courant 2010), il sera possible d'approfondir les caractéristiques des aidants, leurs motivations et les conséquences auxquelles ils sont confrontés (du fait d'aider).

Tableau 12 : Type d'aide reçue pour les activités de la vie quotidienne chez les personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile (HSM 2008, échantillon pondéré, groupe 1).

	Hommes				Femmes			
	Aide informelle	Aide formelle	Aide mixte	Aucune aide	Aide informelle	Aide formelle	Aide mixte	Aucune aide
ADL								
Toilette	31,5	50,7	17,3	0,5	21,1	63,1	13,1	2,7
Habillage	32,3	37,2	28,8	1,7	27,0	46,1	26,3	0,6
Alimentation	71,8	13,9	8,5	5,8	53,3	24,7	20,7	1,3
WC	50,8	23,2	18,4	7,6	28,1	28,2	31,8	11,9
Transferts lit/fauteuil	42,2	25,7	31,3	0,8	29,6	27,8	38,2	4,4
Déplacements dans le logement	51,8	7,0	28,3	12,9	35,6	20,2	25,6	18,6
Sorties	64,2	9,8	15,3	10,7	57,5	13,5	16,5	12,5
<i>Au moins une ADL</i>	<i>63,7</i>	<i>40,3</i>	<i>28,0</i>	<i>11,8</i>	<i>56,4</i>	<i>43,5</i>	<i>23,8</i>	<i>15,0</i>
<i>Aide disjointe</i>	<i>41,2</i>	<i>18,7</i>	<i>36,1</i>	<i>4,0</i>	<i>39,6</i>	<i>24,3</i>	<i>31,4</i>	<i>4,7</i>
IADL								
Courses	80,6	10,4	6,0	3,0	71,9	18,0	8,6	1,5
Repas	70,1	20,7	9,0	0,2	49,8	31,6	15,6	3,0
Ménage	44,6	34,3	20,6	0,5	27,6	55,0	15,9	1,5
Ménage occasionnel	43,8	39,4	14,8	1,9	33,0	54,1	10,3	2,6
Papiers	90,0	8,0	0,9	1,1	87,2	5,1	5,1	2,6
Médicaments	69,9	16,1	12,4	1,6	55,4	28,0	16,2	0,4
Transports	72,5	8,7	8,5	10,3	63,8	9,3	10,8	16,1
Téléphone	76,8	0,5	6,9	15,8	62,0	5,4	11,6	21,0
<i>Au moins une IADL</i>	<i>82,0</i>	<i>36,0</i>	<i>18,8</i>	<i>10,3</i>	<i>71,1</i>	<i>51,8</i>	<i>19,3</i>	<i>13,7</i>
<i>Aide disjointe</i>	<i>49,3</i>	<i>13,8</i>	<i>34,9</i>	<i>2,0</i>	<i>37,2</i>	<i>21,9</i>	<i>38,6</i>	<i>2,3</i>

Tableau 13 : Type d'aide reçue pour les activités de la vie quotidienne chez les personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile (HSM 2008, échantillon pondéré, groupe 2).

	Hommes				Femmes			
	Aide informelle	Aide formelle	Aide mixte	Aucune aide	Aide informelle	Aide formelle	Aide mixte	Aucune aide
ADL								
Toilette	34,8	47,1	12,1	6,0	22,1	59,7	10,7	7,4
Habillage	34,8	25,1	29,4	10,7	27,5	41,9	19,9	10,7
Alimentation	75,5	10,9	8,3	5,3	56,2	21,1	16,5	6,2
WC	51,1	19,7	16,6	12,6	30,8	25,8	27,9	15,5
Transferts lit/fauteuil	40,5	20,4	28,9	10,2	31,0	20,3	25,9	22,8
Déplacements dans le logement	51,0	7,2	22,7	19,2	34,0	18,7	21,4	25,9
Sorties	66,9	9,3	12,2	11,6	56,9	13,3	16,6	13,2
<i>Au moins une ADL</i>	<i>63,7</i>	<i>37,4</i>	<i>24,1</i>	<i>19,7</i>	<i>54,1</i>	<i>41,2</i>	<i>21,2</i>	<i>25,1</i>
<i>Aide disjointe</i>	<i>42,8</i>	<i>16,0</i>	<i>31,6</i>	<i>9,6</i>	<i>38,0</i>	<i>22,8</i>	<i>28,6</i>	<i>10,6</i>
IADL								
Courses	78,9	10,7	6,1	4,3	71,7	18,7	7,5	2,1
Repas	69,4	20,3	9,5	0,8	50,2	32,4	13,7	3,7
Ménage	43,1	37,3	17,3	2,3	26,6	54,3	14,6	4,5
Ménage occasionnel	41,5	43,0	12,5	3,0	31,3	56,6	8,5	3,6
Papiers	88,1	9,7	0,8	1,4	84,5	7,1	4,5	3,9
Médicaments	72,2	15,2	11,3	1,3	55,2	28,3	15,9	0,6
Transports	73,4	8,5	7,9	10,2	64,1	9,3	9,9	16,7
Téléphone	75,1	1,3	7,4	16,2	63,0	5,1	10,6	21,3
<i>Au moins une IADL</i>	<i>78,6</i>	<i>39,1</i>	<i>17,5</i>	<i>11,0</i>	<i>67,0</i>	<i>55,8</i>	<i>17,7</i>	<i>16,4</i>
<i>Aide disjointe</i>	<i>48,0</i>	<i>16,7</i>	<i>32,5</i>	<i>2,8</i>	<i>33,5</i>	<i>26,2</i>	<i>37,1</i>	<i>3,2</i>

3.2. Prise en charge et coûts liés à la perte d'autonomie (objectif 2)

3.2.1. Les politiques nationales de prise en charge

3.2.1.1. La population âgée : comparaison France / Irlande

Démographie : L'Irlande comptait lors de son dernier recensement, en 2006, près de 470 000 personnes âgées de 65 ans et plus¹, soit 11 % de sa population (CSO, 2006), dont une majorité de femmes (56 %) (Department of Health and Children, 2009). Le pays est donc relativement plus jeune² que la France et que la moyenne européenne, où près de 17 % de la population est âgée de 65 ans et plus (Eurostat, 2008). Néanmoins, les tendances démographiques prévoient que l'Irlande va se retrouver confrontée au vieillissement de sa population, au même titre que les pays occidentaux (Pringle & Connell, 2004) : dans 15 ans, environ 16 % des Irlandais auront ainsi atteint l'âge de 65 ans (contre 22 % en Europe), et dans 25 ans, un cinquième de la population sera dans ce cas, soit 1,2 million de personnes. Les tendances sont encore plus marquées pour les âges les plus avancés : le nombre d'individus âgés de 85 ans et plus devraient tripler d'ici 2035 (CSO, 2008). En France, en 2008, 10,4 millions de personnes étaient âgées de 65 et plus. Leur proportion est supposée atteindre plus du quart de la population en 2050. Pareillement, les individus âgés de 85 ans et plus devraient être trois fois plus nombreux, leur effectif passant de 1,2 à 4,2 millions (Pla, 2008; Robert-Bobée, 2006, 2007).

Etat de santé : S'ils ont atteint 65 ans, les Irlandais de sexe masculin peuvent espérer vivre encore 16,8 années. Au même âge, les femmes ont en moyenne 20,3 ans devant elles (CSO, 2009). En France, l'espérance de vie à 65 ans est un peu plus longue : les hommes peuvent espérer vivre 17,1 années, les femmes 21,5 ans (Cambois *et al.*, 2008). D'après le recensement irlandais de 2006, 130 000 personnes âgées (soit 30 %) ont déclaré souffrir d'une incapacité (CSO, 2006). La proportion croît avec l'âge : cela concerne 42 % des 80-84 ans et presque 60 % des 85 ans et plus. Les femmes sont également plus concernées : 32 % contre 27 % des hommes. Le rapport Mercer (Mercer Limited, 2002) estime ainsi que 70 000 personnes âgées vivant en ménage ordinaire ont besoin d'aide du fait de leurs incapacités, dont 31 000 nécessitent une aide continue (Department of Social and Family Affairs, 2002). En France, près de 10 % des personnes âgées de 60 ans et plus ont déclaré avoir besoin d'aide pour les ADL, et un quart pour les IADL, avec des écarts hommes / femmes significatifs

¹ En Irlande, c'est le seuil de 65 ans qui est retenu pour définir la population âgée et mettre en place les mesures de prise en charge qui lui sont dédiées. En France, ce seuil est de 60 ans.

² Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette situation : une progression plus lente de l'espérance de vie au cours de la première moitié du 20^{ème} siècle ; un taux de natalité élevé jusque dans les années 1980 ; un niveau relativement élevé d'émigration dans les années 1950 qui a conduit à une diminution du nombre de personnes âgées aujourd'hui (Walsh & O'Shea, 2009).

(Davin *et al.*, 2006; Davin *et al.*, 2009a). Parmi ceux dont les besoins d'aide sont les plus marqués, on trouve les personnes souffrant de démences. Environ 38 000 personnes sont touchées en Irlande, dont 60 % souffrent de la maladie d'Alzheimer (O'Shea, 2007). Dans 15 ans, l'effectif devrait atteindre 70 000 individus et dépasser 100 000 dans 25 ans. A l'heure actuelle, la majorité des personnes démentes (75 %) vit à domicile, où elles sont aidées par leurs familles, le soutien public étant très limité et sa connaissance très peu répandue (NESF, 2005). En France, les effectifs seraient de l'ordre de 870 000 personnes, avec 225 000 nouveaux cas diagnostiqués chaque année. En 2020, les projections estiment que la population souffrant de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées devrait varier entre 1,1 et 1,4 million (Grand & Andrieu, 2009).

Les personnes en institution : Moins de 5 % des personnes âgées en Irlande, soit 21 000 individus, vivent en établissement (Mercer Limited, 2002), pour 24 000 places disponibles (soit 52 lits pour 1 000 personnes de 65 ans et plus (Department of Health and Children, 2009)). Deux tiers des résidents sont des femmes. Deux tiers ont 80 ans ou plus. Près de sept sur dix sont sévèrement dépendants, et plus du tiers présente des troubles mentaux (Department of Health and Children, 2009). L'offre de places en établissements repose sur une combinaison entre public et privé : plus de 59 % des lits sont gérés par le secteur privé, un tiers par le secteur public et moins de 8 % par des institutions à but non lucratif (Department of Health and Children, 2009). En France, fin 2007, plus de 650 000 personnes âgées vivent en établissement, dont une majorité de femmes (75 %). Les trois quarts ont au moins 80 ans, et la moitié a 85 ans ou plus. Plus de huit résidents sur dix sont considérés comme dépendants (GIR 1 à 4), et la moitié comme sévèrement dépendants (GIR 1 et 2) (Prévot, 2009).

Les services d'aide à domicile : La majorité des personnes souhaite continuer à vivre à domicile aussi longtemps que possible, ce qui nécessite la mise en place de services d'aide et de soins, lorsque l'état de santé se dégrade. En outre, les Irlandais ont une forte préférence pour l'aide et les soins prodigués par la famille et les amis (Williams *et al.*, 2005). De fait, seules 16 000 personnes âgées (soit environ 18 %) ont eu recours à un service d'aide à domicile en 2000 : 15 % ont reçu l'aide d'une infirmière, 5 % d'un autre professionnel (O'Neill & O'Keeffe, 2003). Chacun a bénéficié en moyenne de huit heures d'aide par semaine (Department of Social and Family Affairs, 2002). A la même période, le pays comptait 4 700 places dans 200 accueils de jour (Department of Social and Family Affairs, 2002). Depuis, les chiffres sont en progression : en 2007, environ 53 000 personnes âgées ont bénéficié de près de douze millions d'heures d'aide, pour un budget de 211 millions d'euros (Health Service Executive, 2008). On dénombre 21 300 places en accueil de jour (Department of Health and Children, 2008), en général gérées par les collectivités locales ou des associations de bénévoles. Mais l'offre reste toujours insuffisante, et inégale au niveau

géographique, au regard des besoins des populations. L'Irlande présente la caractéristique particulière de compter une proportion élevée d'aidants professionnels étrangers (*migrant care workers*), essentiellement des infirmières (*registered nurses*) et des aides à domicile (*care assistants*), dans le secteur privé (Walsh & O'Shea, 2009). En France, l'éclatement de l'offre de services d'aide rend très difficile la connaissance du nombre de bénéficiaires. Une étude de 2000 fait état de 700 000 personnes vivant à domicile ayant recours à ces services. Trois personnes sur quatre ont plus de 75 ans. Plus de la moitié sont des femmes qui vivent seules. Deux tiers des personnes ne sont aidées que pour les tâches ménagères, 30 % reçoivent une aide pour les gestes essentiels du quotidien. En moyenne, chaque individu bénéficie de 5h30 d'aide par semaine. Pour un quart, ce volume est inférieur à deux heures ; pour 10 %, il dépasse 12 heures hebdomadaires (Bressé, 2004).

Les aidants informels : Les estimations irlandaises font état d'environ 100 000 aidants informels auprès des personnes âgées, soit deux tiers de l'ensemble des aidants répertoriés dans le pays (Mercer Limited, 2002). Bien que l'aide apportée aux personnes âgées provienne essentiellement de l'entourage (Timonen & Doyle, 2008), elle est en train de s'éroder (Walsh & O'Shea, 2009) et le modèle de prise en charge actuel risque de ne plus être tenable dans le futur (Timonen & McMenamin, 2002). De plus, les aidants informels n'ayant pas ou peu de soutien du secteur institutionnel, leur souhait de s'investir auprès de leurs parents âgés est remis en cause (O'Sullivan, 2008). Dans le cas français, on estime qu'il y a environ 3,7 millions d'aidants qui interviennent auprès des personnes âgées (Dutheil, 2001). La mise en place de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) a induit une plus grande mixité de l'aide, mais elle n'est pas pour autant synonyme de retrait des aidants informels (Petite & Weber, 2006). Néanmoins, les tendances démographiques et socio-économiques mettent au défi l'organisation actuelle de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie (Joël, 2007).

Tableau 14 : Principales caractéristiques de la population âgée en France et en Irlande.

	Irlande	France
Nombre de personnes âgées de 65 ans et plus	470 000	10 400 000
Part des 65 ans et plus dans la population totale	11 %	16,6 %
Espérance de vie à 65 ans		
Hommes	16,8	17,1
Femmes	20,3	21,5
Nombre de personnes en établissement	21 000	650 000
Nombre de personnes ayant recours aux services d'aide à domicile	53 000	700 000
Nombre d'aidants informels	100 000	3 700 000

3.2.1.2. Les mesures de prise en charge : comparaison France / Irlande

L'historique des politiques de prise en charge : La feuille de route de la politique irlandaise en direction des personnes âgées a été tracée dans le rapport *Years Ahead* de 1988, qui plaidait pour le développement de services d'aide à domicile et recommandait une plus grande implication de l'Etat, ainsi qu'une meilleure coordination entre les différents acteurs publics et privés, bénévoles et aidants informels. Le rapport a été adopté en 1993, définissant la politique du gouvernement, toujours à l'œuvre aujourd'hui. Pourtant, tous les objectifs ne sont pas encore atteints : fragmentation des services, offre insuffisante, manque de coordination et de financements font partie des critiques auxquelles le système de santé essaie de remédier (NESF, 2005; O'Shea, 2007). En France, les mesures publiques en faveur des personnes âgées remontent aux années 1960, avec la publication du rapport Laroque (Ennuyer, 2006). Mais ce n'est que dans les années 1990 qu'on s'intéresse plus particulièrement aux personnes âgées dépendantes (Ennuyer, 2003). Traditionnellement, les politiques en faveur des personnes âgées dépendantes reposaient sur les solidarités familiales inter-générationnelles, en particulier pour permettre le maintien à domicile. L'intervention publique reposait sur le principe de subsidiarité et sur une logique d'aide sociale, caractérisée par une grande diversité des acteurs et des sources de financement (Assurance Maladie pour les frais relevant des soins de santé, caisses de retraite pour financer l'aide ménagère, etc.) (Ennuyer, 2003). Depuis, plusieurs mesures ont été adoptées (Cour des Comptes, 2005) : allocation spécifique (Prestation Spécifique Dépendance en 1997, Allocation Personnalisée d'Autonomie en 2002), plans nationaux (Plan Vieillesse et Solidarité en 2003, Plan Solidarité Grand Age en 2006, Plan Alzheimer en 2008), etc. Malgré tout, la question de l'organisation du financement de la dépendance en France n'est pas totalement réglée, avec notamment le problème du reste à charge (Cour des Comptes, 2009). L'hétérogénéité des dispositifs d'interventions, d'aides et de prestations rend l'ensemble du système peu efficient et équitable (Henrard, 2006). De nouvelles réformes sont donc à l'étude, en particulier autour de la création d'un cinquième risque (Henrard, 2007; Moreau, 2008; Vasselle, 2008).

Le financement de la prise en charge : L'Irlande consacre environ 0,6 % de son PIB à l'aide et aux soins aux personnes âgées en perte d'autonomie, soit un milliard d'euros en 2005 (OECD, 2005). Pour atteindre la moyenne européenne, le pays devrait dépenser 500 millions d'euros supplémentaires (NESF, 2005). Mais cela pose la question du financement de ces dépenses. A l'heure actuelle, il repose principalement sur la taxation et les dépenses privées. Un groupe de travail a proposé la mise en place d'une nouvelle assurance sociale, à laquelle s'ajouterait une assurance volontaire. Du côté français, le financement repose pour l'essentiel sur les cotisations sociales. On estime la dépense publique en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie à près de 19

milliards d'euros (Vasselle, 2008), ce qui représente 1,1 % du PIB national (OECD, 2005). Plus de 60 % du coût serait supporté par l'Assurance Maladie, 20 % par les départements, 15 % par la CNSA et 2 % par l'Etat au travers de la fiscalité (Vasselle, 2008). Selon le Centre d'Analyse Stratégique, le financement de la dépendance pourrait représenter 1,6 % du PIB à l'horizon 2025 (Centre d'Analyse Stratégique, 2006).

Les mesures en faveur des personnes âgées : Le système de santé public irlandais offre à la fois des services en établissement et à domicile, mais l'essentiel du budget est axé sur les établissements : 60% du budget y est consacré, au travers du *Nursing Home Subvention Scheme* (Department of Social and Family Affairs, 2002). En effet, les places en établissements relèvent en majorité du secteur privé, alors que la plupart des personnes âgées qui les occupent sont éligibles au secteur public (quasi-gratuit), mais n'y ont pas accès, faute de lits disponibles. Ces personnes, environ 7 800 en 2007 (Health Service Executive, 2008), reçoivent donc une aide financière pour couvrir les frais d'un établissement privé (O'Shea, 2003). Le montant de cette subvention dépend du degré de dépendance des personnes, mais dans tous les cas, elle ne permet pas de couvrir la totalité de la dépense, puisqu'elle représente moins d'un tiers du coût, estimée en moyenne à 1 000 euros, laissant ainsi une charge financière importante aux personnes âgées et à leur famille (Department of Social and Family Affairs, 2002; O'Neill & O'Keeffe, 2003). Le gouvernement irlandais a donc récemment proposé un nouveau modèle de prise en charge, le *Fair Deal Scheme*, dont le but est de rendre le financement plus efficient, équitable, transparent et plus orienté vers le domicile. Seules les personnes les plus dépendantes recevraient une aide financière en institution, et la valeur des biens immobiliers pourrait être mise à contribution (Department of Health and Children, 2008). Certains ont argumenté qu'un système d'assurance sociale serait plus utile pour développer les services d'aide à domicile (O'Shea, 2007). En effet, à l'heure actuelle, les services offerts (aide pour les soins personnels, les tâches domestiques, services de répit, centres de jour, portage des repas et services paramédicaux) restent encore sous-développés. L'Irlande essaie donc de mettre en place des ensembles de services (*home care packages*), destinés à favoriser le maintien à domicile (Health Service Executive, 2008). En 2007, près de 8 000 personnes en ont bénéficié, pour un coût de 110 millions d'euros annuels. En France, la tendance est également aux mesures favorisant le maintien à domicile, avec le développement des services d'aide et de soins à domicile. Il y a actuellement environ 100 000 places, et il est prévu de financer la création de 6 000 places supplémentaires chaque année. Afin de favoriser le répit des aidants, des places en accueil de jour sont également offertes : on en compte 6 200 en 2008. Concernant les établissements, l'effort de créations de places en maisons de retraite passe de 7 500 places en 2008 à 12 500 en 2009 (France, 2009). Le secteur public représente plus de la moitié de l'offre en institutions, mais le secteur privé se développe

rapidement (Sénat, 2008). L'un des principaux dispositifs d'aide a été mis en place en 2002, avec la création de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). Fin juin 2009, 1 117 000 personnes âgées de 60 ans ou plus ont bénéficié de l'APA, 61 % vivant à domicile et 39 % en établissement (Debout & Lo, 2009). Au total, le coût de l'allocation avoisine les cinq milliards d'euros, dont 70 % sont à la charge des départements et 30 % à la charge de la CNSA. L'APA en établissements s'élève à 1,6 milliard d'euros, soit une moyenne mensuelle de 313 euros par résident (contre 400 euros à domicile) (France, 2009), ce qui est loin d'être suffisant pour couvrir l'intégralité des frais.

Les mesures en faveur des aidants : Le faible soutien public et la fragmentation des services disponibles reportent l'essentiel de la prise en charge sur les aidants informels. Par conséquent, l'Irlande a mis en place une allocation destinée à soutenir les aidants disposant de faibles ressources, et qui aident une (ou deux) personne(s) en perte d'autonomie à temps plein (*Carer's Allowance*). Son montant varie de 212 à 358 euros en fonction des cas (http://www.citizensinformation.ie/categories/social-welfare/social-welfare-payments/carers/carers_allowance). Entre 2000 et 2005, le nombre d'aidants bénéficiant de cette allocation est passé de 16 500 à 25 000 (CSO, 2006), pour un coût de plus de 90 millions d'euros. En 2007, les règles d'attribution ont été modifiées pour permettre aux aidants de conserver leurs principales prestations sociales, tout en percevant la moitié de *the Carer's Allowance* (O'Sullivan, 2009). L'Etat espère ainsi soutenir un nombre plus important d'aidants, bien que cela soit loin de concerner l'ensemble des aidants informels. Actuellement, près de 44 000 aidants touchent cette allocation, dont 19 000 à taux réduit (O'Sullivan, 2009). Par ailleurs, une indemnité (*Carer's Benefit* : http://www.citizensinformation.ie/categories/social-welfare/social-welfare-payments/carers/carers_benefit), créée en 2000, est accordée aux aidants qui quittent pour un temps le marché du travail afin de s'occuper à temps complet d'une personne âgée. En 2005, moins de 1 000 aidants en ont bénéficié. Aujourd'hui, son montant hebdomadaire est d'environ 220 euros, et 2 200 aidants la perçoivent (O'Sullivan, 2009). Enfin, une aide au répit (*Respite Care Grant* : <http://www.citizensinformation.ie/categories/social-welfare/social-welfare-payments/carers/respite-care-grant>) est disponible pour soulager les aidants. Il s'agit d'un paiement annuel de 1 700 euros, accordé aux aidants, sans condition de ressources. En 2009, 55 000 personnes en ont bénéficié, dont la plupart de celles qui perçoivent *the Carer's Allowance* ou *the Carer's Benefit*, plus 6 500 autres aidants. Le coût total est estimé à 112 millions d'euros (Department of Social and Family Affairs, 2009). Dans le contexte français, les mesures en faveur des aidants sont relativement récentes. Depuis 2007, les aidants ayant un emploi, et qui doivent parfois renoncer temporairement à leur activité (perdant ainsi des droits à l'Assurance Maladie ou à la retraite), ont désormais droit à un congé de soutien familial de trois mois, renouvelable dans la limite d'un an sur l'ensemble de la carrière professionnelle. Des actions de formation aux gestes et soins non médicaux sont également

prises en œuvre pour les aidants informels. Le développement des places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire permet aux aidants de bénéficier d'un droit au répit. Bien qu'il n'existe pas d'allocation spécifique consacrée aux aidants, certains peuvent être rémunérés dans le cadre de l'APA.

Tableau 15 : Principales mesures de prise en charge de la population âgée en France et en Irlande.

Irlande	France
Pour les personnes âgées	Pour les personnes âgées
The Nursing Home Subvention Scheme	Allocation Personnalisée d'Autonomie
The Fair Deal Scheme	Plans nationaux
Pour les aidants	Pour les aidants
The Carer's Allowance	Congé de soutien familial
The Carer's Benefit	Formation aux gestes quotidiens
The Respite Care Grant	Droit au répit

3.2.2. Evaluation économique des coûts

3.2.2.1. Comparaison France / Irlande

Il n'a pas été possible jusqu'à présent de disposer de données permettant d'estimer et de comparer les coûts liés à la prise en charge de la perte d'autonomie dans les deux pays, et particulièrement les coûts liés à l'aide informelle. Néanmoins, la littérature fait état d'un certain nombre d'éléments intéressants. En Irlande, l'association des aidants (*Carers Association*) a chiffré à 3,5 millions d'heures l'aide prodiguée par 160 000 aidants intervenants auprès de personnes de tous âges, soit l'équivalent de 2,5 milliards d'euros, sur la base du salaire d'une aide à domicile. Un rapport plus ancien s'est intéressé à la population souffrant de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées (O'Shea, 2000). Il permet notamment de mesurer l'ensemble des coûts, dont ceux liés à l'aide informelle. Il ressort de cette étude que les aidants informels apportent en moyenne six à douze heures d'aide quotidienne. La valeur économique de cette aide dépend de la méthode d'évaluation. Trois méthodes sont habituellement utilisées (van den Berg *et al.*, 2004) : la méthode des biens *proxy*, celle des coûts d'opportunité et l'évaluation contingente. Selon cette dernière, si on demande aux aidants de définir la valeur qu'ils accordent à l'aide qu'ils prodiguent, l'heure d'aide était estimée entre 2,5 et 5 euros en 2000. D'après la méthode des coûts d'opportunité, qui estime le

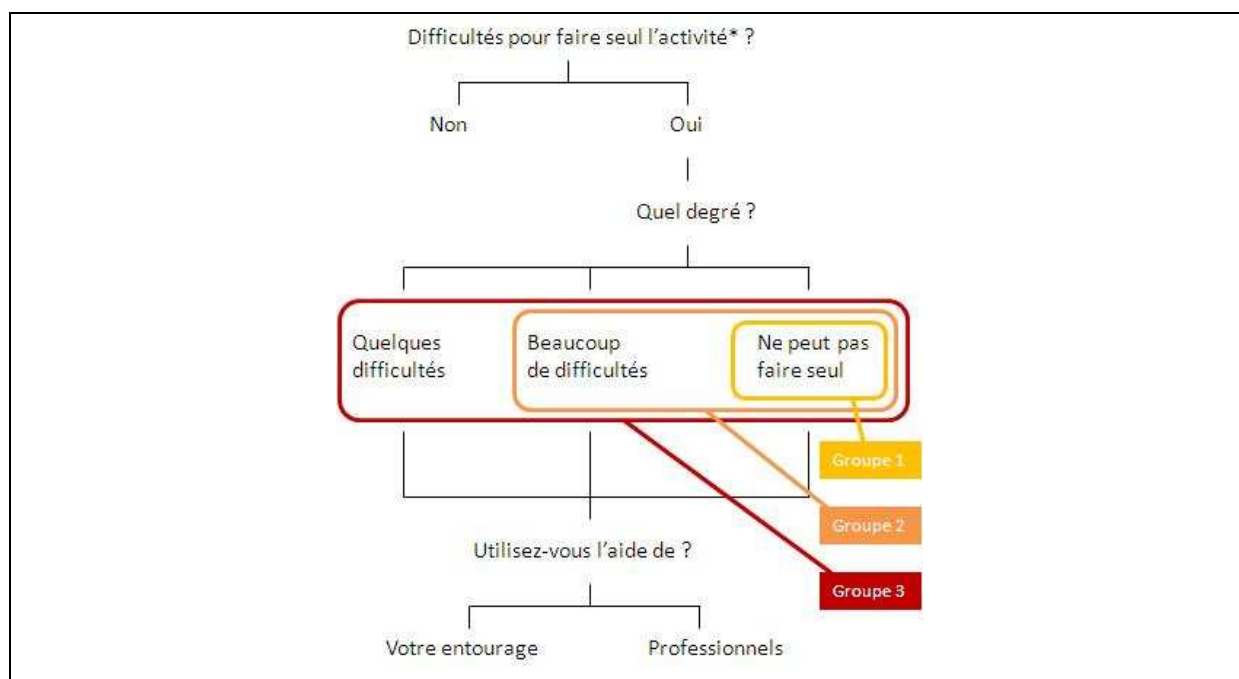
coût de l'aide en fonction du renoncement à certaines sources de revenu, suite à la décision d'apporter une aide, l'heure d'aide informelle se chiffrait entre 2,4 et 2,8 euros. Enfin, une estimation à partir de la méthode des biens *proxy* se basait sur le taux de salaire horaire d'une aide à domicile (soit 3,8 euros de l'heure), ou le revenu horaire national moyen des femmes (soit 7,6 euros de l'heure). Au total, le coût de la maladie d'Alzheimer en Irlande était estimé à 416 millions d'euros en 2000, pour une population de 30 000 personnes. L'aide informelle représentait alors entre 57 et 64 % du coût total (O'Shea, 2000). En France, la valorisation monétaire de l'aide apportée, par application du coût horaire du SMIC, aboutit à une estimation comprise entre 5,8 et 6,6 milliards d'euros, soit 60 % du coût total (Davin *et al.*, 2009b). En ce qui concerne la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, un rapport de 2005 stipulait que le montant des dépenses annuelles par personne malade était de l'ordre de 22 000 euros, dont 55 % à la charge des familles (Gallez, 2005).

3.2.2.2. Zoom sur la situation française

En France, les données de l'enquête HSM permettent de mesurer les coûts, et en particulier les coûts informels habituellement non comptabilisés, liés à la prise en charge des personnes en perte d'autonomie. Différentes approches sont mises en œuvre. Dans un premier temps, on se sert des informations sur l'aide reçue pour les ADL et IADL, que l'on convertit en temps d'aide grâce à la méthodologie de Pampalon *et al.* (Pampalon *et al.*, 1991). Cela nécessite de faire certaines hypothèses : on suppose ainsi que l'aide reçue couvre entièrement les besoins rencontrés par les personnes âgées ; en outre, lorsque la personne reçoit une aide mixte, on divise à parts égales le temps d'aide nécessaire. Afin de tester la sensibilité des résultats, on réplique la méthode pour trois groupes : outre les deux groupes définis plus haut, on ajoute un troisième groupe qui comprend l'ensemble des personnes âgées ayant des difficultés à faire les activités, quel que soit le degré de difficultés exprimé (figure 3).

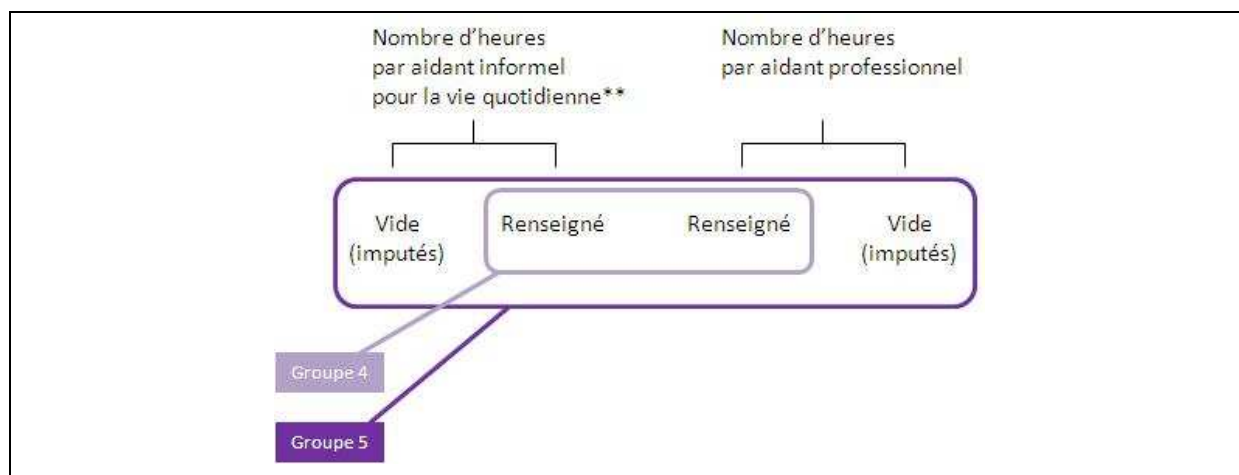
Pour chacun de ces groupes, on connaît les activités pour lesquelles les personnes âgées de 75 ans et plus reçoivent de l'aide et qui la prodigue. On est donc en mesure de calculer les temps d'aide correspondant.

Figure 3 : Définition des groupes 1 à 3 pour le calcul des volumes horaires d'aide reçue dans l'enquête HSM 2008.



De plus, l'enquête HSM contient un module spécifiquement dédié à l'aide reçue. On demande notamment aux personnes enquêtées de répertorier leurs aidants formels et informels et d'indiquer le temps d'aide qu'ils apportent. On dispose ainsi d'une seconde source pour estimer les volumes horaires. Cependant, ces variables recensant les temps d'aide contiennent beaucoup de valeurs manquantes. On crée donc deux groupes supplémentaires (figure 4) : dans le groupe 4, on ne considère que les personnes ayant clairement renseigné les temps d'aide ; tandis que dans le groupe 5, on s'intéresse à l'ensemble des personnes âgées aidées, en imputant les volumes horaires lorsque les valeurs n'ont pas été fournies.

Figure 4 : Définition des groupes 4 et 5 pour le calcul des volumes horaires d'aide reçue dans l'enquête HSM 2008.



Le tableau 16 présente les temps d'aide hebdomadaires moyens pour chacun des groupes. En moyenne, une personne du groupe 1, qui n'est aidé que par son entourage, reçoit 25 heures d'aide informelle. Si elle n'a que des aidants professionnels, elle reçoit 4 heures de moins. Enfin, si elle bénéficie d'une aide mixte, elle reçoit plus de 34 heures, dont 18 heures d'aide informelle. Ces volumes moyens augmentent lorsqu'on passe aux groupes 2 et 3, mais tout en conservant la prépondérance de l'aide informelle. Quand on regarde les volumes déclarés (et/ou imputés) par les personnes enquêtées, on s'aperçoit que les volumes moyens d'aide formelle sont assez proches de ceux calculés pour le groupe 1 (de l'ordre de 20 heures pour une aide uniquement formelle, et de 16 heures pour une aide mixte). Par contre, les temps déclarés d'aide informelle sont bien plus importants que dans le cas précédent : ils varient de 36 à 39 heures.

Tableau 16 : Moyenne hebdomadaire d'aide reçue par la population âgée dépendante de 75 ans et plus vivant à domicile (HSM 2008).

	AI	AF	AM	
			AI	AF
Groupe 1	24,9	20,9	18,3	16,4
Groupe 2	30,4	25,5	20,1	18,0
Groupe 3	34,4	30,4	22,1	18,7
Groupe 4	38,7	19,4	37,7	16,1
Groupe 5	37,3	19,1	35,8	15,8

Une première tentative d'estimation du coût de l'aide apportée aux personnes âgées est mise en œuvre, par application du coût du Smic horaire incluant les charges patronales en 2008 – soit 12,42 euro (CNAF, 2008) – aux volumes horaires d'aide présentés ci-dessus. Cette méthode, bien qu'approximative, révèle l'importance de l'effort financier pour subvenir aux besoins d'aide des personnes âgées (tableau 17). Les résultats montrent une forte variation pour l'estimation des coûts de l'aide informelle : ils sont estimés à 5,5 milliards d'euro pour le groupe 1 mais grimpent jusqu'à 10,4 milliards d'euros pour le groupe 5. La variation est moins large pour l'aide formelle, estimée entre 4 et 5,5 milliards. Dans le cas où les temps d'aide ont été calculés (groupes 1 à 3), l'aide informelle représente 58 % du coût total de l'aide à la vie quotidienne. Dans le cas où on se base sur les temps d'aide déclarés (et/ou imputés) par les personnes, elle constitue près de 70 % du coût total.

Tableau 17 : Coût annuel de l'aide reçue par la population âgée dépendante de 75 ans et plus vivant à domicile (HSM 2008).

	Coût de l'aide informelle	Coût de l'aide formelle	Part de l'aide informelle dans le coût total (%)
Groupe 1	5,5	4,1	57,3
Groupe 2	6,7	5,0	57,3
Groupe 3	7,7	5,5	58,3
Groupe 4	8,3	3,9	68,0
Groupe 5	10,4	4,5	69,8

Outre la méthode des biens *proxy*, dont les résultats sont présentés ici, l'estimation des coûts sera faite en ayant recours à deux autres méthodes. Grâce aux informations disponibles dans l'enquête HSA (sur les aidants informels), il sera possible de se servir des informations sur les caractéristiques des aidants, en particulier vis-à-vis du marché du travail, pour appliquer la méthode des coûts d'opportunité, qui mesure les coûts auxquels les aidants informels ont à faire face, notamment en termes d'altération de leur propre comportement productif et de perte de revenus, en délaissant leur activité originelle pour se consacrer à l'aide de leur proche. Enfin, les questions d'évaluation contingente, introduites dans la même enquête, sur le consentement à payer (« Imaginez que vous puissiez être remplacé(e), auprès de [Prénom – la personne aidée] pour une heure dans la semaine. Quel est le montant maximal que vous seriez prêt(e) à payer pour cette heure d'aide ? Avant de donner votre réponse, gardez à l'esprit que cette somme correspondrait à une réduction de votre budget »), et sur le consentement à recevoir (« Imaginez maintenant que vous deviez apporter à [Prénom – la personne aidée] une heure d'aide supplémentaire par semaine et que vous soyez dédommagé(e) au moyen d'une allocation. Quel est le montant minimal que vous souhaiteriez recevoir pour cette heure d'aide ? »), permettront de mieux appréhender la valeur que les aidants accordent à l'aide qu'ils apportent. Ces différents modes de calculs prendront évidemment en compte les caractéristiques des aidants, telles que leur sexe ou encore leur milieu social, et leurs motivations à apporter leur soutien. Ils pourront être corrigées des effets de la fourniture de l'aide sur les aidants informels : amélioration ou dégradation du bien-être individuel, fatigue, stress, épuisement et *burn out*.

4. VALORISATION DES TRAVAUX

4.1. Publications

Les résultats issus de la comparaison France / Irlande, à partir des données de l'enquête SHARE, viennent d'être re-soumis après révision : **Use of formal and informal care services among older people in Ireland and France**, European Journal of Health Economics.

Les analyses des données de l'enquête HSM sont en cours, les résultats seront ensuite soumis dans différentes revues nationales et internationales.

4.2. Communications

Deux communications sont d'ores et déjà prévues en 2010 :

[1]. **Time is money... Time and cost of formal and informal care provided to older people in France**. IATUR 32nd Time Use Conference. Paris, 7 juillet 2010.

[2]. **Because they're worth it! The contingent valuation method applied to informal care in France**. ECHE 2010. Helsinki, 7-10 juillet 2010.

D'autres propositions de communication sont envisagées : Congrès International d'Epidémiologie de l'ADELFI, 9^{ème} Congrès International Francophone de Gériatrie et Gérontologie, 12^{ème} Congrès National des ORS, etc.

5. CALENDRIER

Calendrier	Etapes
Janvier 2009	Publication – article : “Socioeconomic determinants of the need for personal assistance reported by community-dwelling elderly. Empirical evidence from a French national health survey”. <i>The Journal of Socio-Economics</i>, 38(1), 138-146.
2 février 2009	FLARE meeting, Bruxelles.
3 mars 2009	Réunion DREES – enquêtes HSM / HSA.
4 mars 2009	Communication – Séminaire du LEGOS, Paris Dauphine.
17 mars 2009	Communication – Journée de l’Unité de Démographie Economique de l’INED « Les transferts intergénérationnels », Paris.
Mars 2009	Publication – article : « Endogénéité du statut du répondant dans les enquêtes en santé : quelles implications pour la mesure des besoins d’aide ? ». <i>Revue Economique</i>, 60 (2), 275-291.
7 avril 2009	Réunion DREES – enquêtes HSM / HSA.
27 avril 2009	Réunion DREES – enquête HSA.
19 mai 2009	Réunion DREES – enquêtes HSM / HSA.
28 mai 2009	Communication – Second Belgian SHARE Conference, Bruxelles.
30 mai 2009	Communication – Alzheimer European Conference, Bruxelles.
Juillet 2009	Publication – article : « Entre famille et marché : déterminants et coûts monétaires de l’aide formelle et informelle reçue par les personnes âgées en domicile ordinaire ». <i>Revue Management et Avenir</i>, 26, 190-204.
7 juillet 2009	- Communication (poster) – Conférence IAGG, Paris. - Publication – abstract : « Determinants and economic valuation of formal and informal care for French disabled elderly living at home ». <i>The Journal of Nutrition, Health and Aging</i>, 13 (Suppl 1), S529.
1 ^{er} septembre 2009	Réunion DREES – enquête HSA.

21 septembre 2009	▪ Réunion DREES – enquêtes HSM / HSA.
23 septembre 2009	▪ Réunion CNSA – bilan mi-parcours FLARE.
Octobre 2009	▪ Jeu définitif des données de l'enquête HSM.
Printemps 2010	▪ Jeu définitif des données de l'enquête HSA.
7 juillet 2010	▪ Communication – 32nd Time Use Conference, Paris.
7-10 juillet 2010	▪ Communication – ECHE 2010, Helsinki.

6. BIBLIOGRAPHIE

- Assous, L., & Mahieu, R. (2002). L'assurabilité de la dépendance et sa prise en charge par le secteur privé. Une mise en perspective internationale. *Revue Economique*, 53(4), 887-912.
- Attias-Donfut, C., & Sirven, N. (2009). Avant-propos. *Retraite et Société*, 57, 4-8.
- Barangé, C., Eudier, V., & Sirven, N. (2008). L'enquête SHARE sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe devient longitudinale. Les données de la deuxième vague sont désormais disponibles. *Questions d'Economie de la Santé*, 137.
- Bolin, K., Lindgren, B., & Lundborg, P. (2008). Informal and formal care among single-living elderly in Europe. *Health Economics*, 17(3), 393-409.
- Bonsang, E. (2009). Does informal care from children to their elderly parents substitute for formal care in Europe? *Journal of Health Economics*, 28(1), 143-154.
- Börsch-Supan, A., & Jürges, H. (2005). *The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe – Methodology*. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA).
- Börsch-Supan, A., Brügiavini, A., Jürges, H., Kapteyn, A., Mackenbach, J., Siegrist, J., & Weber, G. (2008). *Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2007). Starting the Longitudinal Dimension*. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA).
- Bouvier, G. (2009). L'approche du handicap par les limitations fonctionnelles et la restriction globale d'activité chez les adultes de 20 à 59 ans, *France Portrait Social 2009* (pp. 125-142). Paris: INSEE.
- Bressé, S. (2004). Les bénéficiaires des services d'aide aux personnes à domicile. *DREES Etudes et Résultats*, 296.
- Cambois, E., Clavel, A., Romieu, I., & Robine, J. (2008). Trends in disability-free life expectancy at age 65 in France: consistent and diverging patterns according to the underlying disability measure. *European Journal of Ageing*, 5(4), 287-298.
- Centre d'Analyse Stratégique (2006). Synthèse du rapport "Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix". Paris: Centre d'Analyse Stratégique.
- CNAF (2008). Lettre circulaire n°2008-139.
- Cour des Comptes (2005). Les personnes âgées dépendantes : rapport au Président de la République suivi des réponses des administrations et des organismes intéressés. Paris: Direction des Journaux officiels.
- Cour des Comptes (2009). La prise en charge des personnes âgées dépendantes, *Rapport public annuel 2009* (pp. 255-303). Paris.
- CSO (2006). Census 2006. Dublin: CSO.
- CSO (2008). Population and labour force projections 2011-2041. Dublin: CSO.
- CSO (2009). Quarterly National Household Survey: Quarter 4 - 2008. Dublin: CSO.
- Davin, B., Joutard, X., Moatti, J.P., Paraponaris, A., & Verger, P. (2006). Besoins et insuffisance d'aide humaine aux personnes âgées à domicile : une approche à partir de l'enquête Handicaps, Incapacités, Dépendance. *Sciences Sociales et Santé*, 24(3), 59-93.
- Davin, B., Joutard, X., Paraponaris, A., & Verger, P. (2009). Endogénéité du statut du répondant dans les enquêtes en santé : quelles implications pour la mesure des besoins d'aide ? *Revue Economique*, 60(2), 275-291.
- Davin, B., Paraponaris, A., & Verger, P. (2009a). Socioeconomic determinants of the need for personal assistance reported by community-dwelling elderly. Empirical evidence from a French national health survey. *The Journal of Socio-Economics*, 38(1), 138-146.
- Davin, B., Paraponaris, A., & Verger, P. (2009b). Entre famille et marché : déterminants et coûts monétaires de l'aide formelle et informelle reçue par les personnes âgées en domicile ordinaire. *Management et Avenir*, 26, 190-204.
- Debout, C., & Lo, S. (2009). L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 30 juin 2009. *DREES Etudes et Résultats*, 710.
- Department of Health and Children (2008). A Fair Deal: the Nursing Home Care Support Scheme. Dublin: Government of Ireland.
- Department of Health and Children (2009). Long-stay activity statistics 2007.
- Department of Social and Family Affairs (2002). Study to examine the future financing of long-term care in Ireland. Dublin.
- Department of Social and Family Affairs (2009). 55,000 Carers to receive Respite Care Grant this week: <http://www.cardi.ie/?q=news/55000carerstoreceiverespitcaregrantthisweek>.

- Dufour-Kippelen, S. (2008). Les contrats d'assurance dépendance sur le marché français en 2006, *Etudes et Recherches*. Paris: DREES.
- Dutheil, N. (2001). Les aides et les aidants des personnes âgées. *DREES Etudes et Résultats*, 142.
- Ennuyer, B. (2003). *Les malentendus de la dépendance. De l'incapacité au lien social*. Paris: Dunod.
- Ennuyer, B. (2006). *Repenser le maintien à domicile. Enjeux, acteurs, organisation*. Paris: Dunod.
- Eurostat (2008). *Annuaire régional*. Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes.
- France (2009). Actions engagées en faveur du secteur médico-social. Présentation générale de la politique du Gouvernement envers les personnes âgées et les personnes handicapées. Paris: Gouvernement.
- Gallez, C. (2005). Rapport sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées. Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé (OPEPS).
- Grand, A., & Andrieu, S. (2009). Maladie d'Alzheimer : au-delà des apparences. *Regards sur l'actualité*, 348, 83-94.
- Health Service Executive (2008). National Intercultural Health Strategy 2007-2012.
- Henrard, J.C. (2006). Le dispositif institutionnel d'aide et de soins aux personnes âgées. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 5-6, 45-47.
- Henrard, J.C. (2007). Répondre à la dépendance et aux handicaps : 5ème risque ou 5ème branche de sécurité sociale ? *Gérontologie et Société*, 123, 213-227.
- Joël, M.E. (2007). Solidarités familiales. In T. Barnay, & C. Sermet (Eds.), *Le vieillissement en Europe. Aspects biologiques, économiques et sociaux* (pp. 113-125). Paris: La Documentation Française.
- Mercer Limited (2002). Study to examine the future of long-term care in Ireland. Dublin: The Stationary Office.
- Midy, L. (2009). Enquête Vie quotidienne et santé. Limitations dans les activités et sentiment de handicap ne vont pas forcément de pair. *Insee Première*, 1254.
- Moreau, B. (2008). Un nouveau champ de protection sociale : le 5ème risque. *Études*, 409, 183-193.
- NESF (2005). Care for older people. National Economic and Social Development Office.
- O'Neill, D., & O'Keeffe, S. (2003). Health care for older people in Ireland. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(9), 1280-1286.
- O'Shea, E. (2000). The costs of caring for people with dementia and relative cognitive impairments. National Council on Ageing and Older People.
- O'Shea, E. (2003). Review of the Nursing Home Subvention. Dublin: Department of Health and Children.
- O'Shea, E. (2007). Towards a strategy for older people in Ireland. *Irish Medical Journal*, 100(8), suppl 67-69.
- O'Sullivan, L. (2008). Health and well-being of family carers in Ireland: results of a survey of recipients of the Carers Allowance. Dublin: Combat Poverty Agency and Care Alliance.
- O'Sullivan, L. (2009). Pre-budget submission for budget 2010 to the Department of Social and Family Affairs. Care Alliance Ireland.
- OECD (2005). Long term care for older people. Paris: OECD.
- Pampalon, R., Colvez, A., & Bucquet, D. (1991). Etablissement d'une table de passage de la dépendance des personnes âgées au besoin d'aide à domicile. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 39(3), 263-273.
- Petite, S., & Weber, A. (2006). Les effets de l'allocation personnalisée d'autonomie sur l'aide dispensée aux personnes âgées. *DREES Etudes et Résultats*, 459.
- Pla, A. (2008). Bilan démographique 2007. Des naissances toujours très nombreuses, *Insee Première*, 1170.
- Pla, A., & Beaumel, C. (2010). Bilan démographique 2009 : Deux pacs pour trois mariages. *Insee Première*, 1276.
- Prévoit, J. (2009). Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007. *DREES Etudes et Résultats*, 699.
- Pringle, D., & Connell, P. (2004). Population ageing in Ireland: projections 2002-2021. Dublin: National Council for Ageing and Older People.
- Robert-Bobée, I. (2006). Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050. La population continue de croître et le vieillissement se poursuit, *Insee Première*, 1089.

- Robert-Bobée, I. (2007). Projections de population 2005-2050. Vieillissement de la population en France métropolitaine. *Economie et Statistique*, 408-409, 95-112.
- Sénat (2008). Etude sur le marché de l'offre de soins, d'hébergement et de services destinés aux personnes âgées dépendantes. Paris: Sénat.
- Timonen, V., & McMenamin, I. (2002). The future of care services in Ireland: old answers to new challenges. *Social Policy and Administration*, 36(1), 20-35.
- Timonen, V., & Doyle, M. (2008). From the workhouse to the home: evolution of domiciliary care policies in Ireland. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 28(3/4), 76-89.
- TNS Sofres (2009). Les Français et le Grand Age - Cinquième vague du Baromètre.
- van den Berg, B., Brouwer, W.B., & Koopmanschap, M.A. (2004). Economic valuation of informal care. An overview of methods and applications. *European Journal of Health Economics*, 5(1), 36-45.
- van Houtven, C.H., & Norton, E.C. (2004). Informal care and health care use of older adults. *Journal of Health Economics*, 23(6), 1159-1180.
- Vasselle, A. (2008). Rapport d'information fait au nom de la mission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque. Paris: Sénat.
- Walsh, K., & O'Shea, E. (2009). The role of migrant care workers in ageing societies: context and experiences in Ireland. National University of Ireland Galway: The Irish Centre for Social Gerontology.
- Williams, J., Hughes, G., & Blackwell, S. (2005). Attitudes towards funding of long-term care of the elderly. Dublin: The Economic and Social Research Institute.