



CENTRE D'ÉTUDES DE L'EMPLOI

« LE DESCARTES I » ● 29, PROMENADE MICHEL
SIMON ● 93166 NOISY-LE-GRAND CEDEX
● TELEPHONE: (33) 01 45 92 68 00 ● TELECOPIE:
(33) 01 49 31 02 44 ● www.cee-recherche.fr

Recours aux aides professionnelles et mobilisation familiale

La prise en charge des personnes souffrant de troubles
du comportement et de la mémoire repose-t-elle
sur des configurations d'aide spécifiques ?

OLIVIER BAGUELIN

Obagueli@univ-paris1.fr

Centre d'études de l'emploi

AGNES GRAMAIN

Agnes.gramain@wanadoo.fr

Centre d'études de l'emploi et Université Paris Dauphine

DOCUMENT DE TRAVAIL

N° 95

janvier 2008

ISSN 1629-7997
ISBN 978-2-11-097662-8

**RECOURS AUX AIDES FORMELLES ET MOBILISATION FAMILIALE
LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES SOUFFRANT DE TROUBLES
DU COMPORTEMENT ET DE LA MÉMOIRE REPOSE-T-ELLE
SUR DES CONFIGURATIONS SPÉCIFIQUES ?**

Olivier Baguelin, Agnès Gramain

RESUME

Cette étude documente la spécificité des configurations d'aide à domicile mises en place autour des personnes âgées souffrant de troubles du comportement et de la mémoire (TCM). L'analyse repose sur la comparaison d'un échantillon de personnes présentant des TCM (enquête Medips) à un échantillon représentatif de personnes dépendantes de plus de 60 ans (enquête *Share* France). Après neutralisation des différences de protocole entre les deux enquêtes, les configurations d'aide mises en place autour des personnes souffrant de TCM se distinguent par un recours quasi systématique et inélastique à l'aide familiale hors-ménage. Qu'un aidant professionnel intervienne ou non, le fait que la personne âgée dispose d'un cohabitant n'exempte pas d'autres membres de l'entourage de s'impliquer. Les logiques d'implication filiale, individuelles ou collectives, apparaissent également sensibles à l'origine de la dépendance. L'analyse suggère cependant que la plupart de ces résultats peuvent être répliqués pour l'échantillon représentatif, en se limitant au quartile présentant le plus grand nombre d'incapacités : en termes de prise en charge, la dépendance psychique mobilise à la mesure des dépendances physiques les plus lourdes. Ces résultats, qui ne concernent que les personnes à domicile, peuvent s'interpréter, en négatif, en termes de différences dans les conditions de recours aux hébergements collectifs.

Mots-clefs : Dépendance, politique sociale, configurations de prise en charge, enquête Medips, enquête *Share*.

Formal and informal care-giving to elderly disabled individuals

***Are there distinct care-giving arrangements surrounding patients
with behavior and memory disorders?***

Abstract

We study the distinctive features of home care-giving arrangements that concern elderly people with behavior and memory disorders (BMD). The analysis compares two samples: a sample of individuals with BMD (Medips survey) and a representative sample of individuals over 60 years old with at least one (mostly physical) disability (Share-France survey). Controlling for survey protocol effects, arrangements surrounding elderly people with BMD exhibit a quasi-systematic and inelastic recourse to outside home informal care-givers. Whether the elderly disabled individual does live alone or not, someone in his/her circle has to get involved as care-giver, even in the presence of professionals. We can also observe that differences between the two compared populations concern filial involvement decisions. Whatever the level of decision making, individual or collective, the nature of the disability (psychic or physical) matters. Nevertheless, most of previous differences disappear as we restrict attention, for reference sample, to the last quartile of the disability distribution. This emphasizes equivalence between the case of BMD individuals and the case of the most (physically) disabled individuals in the sample of reference. As far care-giving arrangements are under consideration, thus, psychic disabilities require an amount of informal help which matches what is required for the most physically disabled individuals. These results, which hold for elderly individuals living at home, can in the negative be interpreted in terms of recourse to nursing home.

Key words: *Disability of the elderly individuals, social policy, care-giving arrangements, Medips survey, Share survey.*

L'allongement de l'espérance de vie conduira dans les prochaines années à une hausse sensible du nombre de personnes âgées¹. Cette hausse donnera lieu à un accroissement du nombre de personnes dépendantes et devrait s'accompagner d'une très forte hausse du nombre de personnes âgées souffrant de troubles du comportement et de la mémoire (TCM). Duée et Rebillard (2006) estiment à environ 950 000 le nombre de personnes dépendantes (au sens des GIR 1 à 4) en 2020 contre un peu plus de 800 000 en 2005, soit une hausse de 19 % en 15 ans. Le rapport Gallez (2005, p. 55), quant à lui, annonce autour de 1,3 millions de personnes de plus de 65 ans atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'un syndrome apparentés en 2020 contre 855 000 en 2005, soit une hausse de 52 % sur la même période. Ces chiffres suggèrent donc une forte élévation de la part des personnes souffrant de troubles du comportement parmi l'ensemble des personnes âgées dépendantes. Par delà les limites de l'exercice de projection, on peut raisonnablement estimer que le cas des personnes manifestant des troubles du comportement et de la mémoire deviendra le cas type des personnes dépendantes d'ici une vingtaine d'années.

Or, les dépendances psychiques apparaissent particulièrement mal repérées par les outils actuels de la politique sociale. Ainsi, pour procéder à l'évaluation monétaire de la solidarité collective, l'action sanitaire et sociale s'appuie largement sur la grille Aggir qui représente une graduation en niveaux de dépendance. Cela a certes l'avantage de permettre une mise en œuvre normalisée de la politique sociale mais revient à tenir la dépendance pour plus homogène qu'elle ne l'est. Cette grille assimile, par exemple, le cas d'une personne confinée au lit à celui d'une personne dont les fonctions mentales sont altérées mais qui conserve sa mobilité² ; or la prise en charge de la seconde suppose une activité de surveillance autrement plus lourde que celle de la première ! Une autre limite découle du caractère unidimensionnel de la grille Aggir qui conçoit largement la dépendance comme d'ordre physique : les causes psychiques de perte d'autonomie telles que les syndromes de démence apparaissent ainsi particulièrement mal pris en compte³. Une personne développant une démence sénile type Alzheimer (DSTA) peut être capable de faire sa toilette, s'habiller, s'alimenter... mais présenter un syndrome dysexécutif *i.e.* être incapable d'initier et d'organiser ses actions de façon autonome. L'utilisation de la grille Aggir par les pouvoirs publics tend ainsi à sous-estimer la spécificité de la dépendance psychique donc à apporter une même réponse à des problèmes potentiellement différents.

Face à ce parti pris de la politique sociale, l'ajustement qui permet le maintien à domicile des personnes âgées souffrant de troubles du comportement procède actuellement de la solidarité familiale. À considérer la multiplication des cas de dépendance psychique pourra-t-on encore en 2020 compter sur cette variable d'ajustement ? À cette question, Duée et Rebillard (2006) apporte une réponse plutôt pessimiste : le nombre moyen d'aidants potentiels devrait baisser

¹ D'après Robert-Bobée (2006), le nombre de personnes de plus de 65 ans devrait passer de 9,95 millions en 2005 (soit 16,4 % de la population) à plus de 13 millions en 2020 (20,1 % de la population). Isabelle Robert-Bobée. Projections de population 2005-2050, pour la France métropolitaine. Insee, 2006.

² C'est le cas pour le GIR 2.

³ Lafont *et alii* (1999) révélait ainsi, sur un échantillon représentatif de personnes de plus de 60 ans, que 49,3 % des personnes diagnostiquées démentes étaient classées en GIR 4 à 6. Plus récemment, sur une population de personnes âgées en maison de retraite, Dutheil et Scheidegger (2006) obtiennent un taux de classement des personnes atteintes d'un syndrome démentiel en GIR 5 à 6 (respectivement, 3 à 4) d'un peu moins de 10 % (respectivement 20 %) ; pour les personnes présentant des troubles du comportement, le taux de classement en GIR 5 à 6 (respectivement, 3 à 4) est de presque 20 % (respectivement, 30 %).

entre 2005 et 2020 d'une part en réponse à la progression des divorces, d'autre part au recul de la fécondité dans les cohortes concernées.

Pour nourrir la réflexion sur l'évolution des politiques sociales, il importe donc d'avoir une idée précise de la mesure dans laquelle une dépendance d'origine psychique affecte les conditions de prise en charge des personnes concernées notamment le rôle des professionnels et l'implication familiale. Le présent article tâche de documenter cette question en comparant la situation de personnes âgées présentant des troubles du comportement et de la mémoire, cibles d'une enquête dite Medips (Modélisation de l'économie domestique et incidence des politiques sociales), à celles d'un échantillon représentatif de personnes âgées dépendantes, issu de l'enquête *Share-France*, notre référence. Dans les deux cas, l'examen concerne des personnes âgées dépendantes vivant en ménage ordinaire *i.e.* non en établissement d'hébergement collectif. Les personnes concernées au premier chef par la question de leur prise en charge sont les conjoints et les enfants, lorsqu'ils existent. L'analyse proposée ci-dessous compare leur mobilisation auprès de la personne âgée dépendante selon la nature de sa dépendance (quelconque pour l'échantillon *Share-France*, liée à des symptômes de démence type Alzheimer pour l'échantillon Medips). Dans un esprit prospectif, cette comparaison permet de se faire une idée des termes dans lesquels se posera la question de la prise en charge d'une personne dépendante typique dans 15 ans, si les modalités de la politique sociale restent celles de 2005.

L'analyse se décompose en trois étapes. Dans une première étape, nous détaillons le protocole caractérisant chacune des deux enquêtes et construisons deux sous-échantillons permettant la comparaison des données. Les effets de protocoles ainsi circonscrits, nous procédons à la comparaison⁴ des configurations de prise en charge. La non-représentativité de l'échantillon Medips ne permet pas d'interpréter la comparaison de simples proportions. L'analyse porte donc sur des associations de caractéristiques : à défaut de comparer directement la composition des configurations d'aide, on peut, par exemple, comparer l'impact de la structure du ménage sur cette composition. L'analyse comparative porte tout d'abord sur la composition des configurations d'aide, c'est-à-dire sur les liens entre ses trois composantes : existence d'un cohabitant, existence d'aidants familiaux non cohabitants, existence d'aidants professionnels. On focalise ensuite l'attention sur l'organisation interne de la mobilisation familiale et plus particulièrement sur le comportement d'implication des enfants des personnes prises en charge.

1. COMPARER LES ENQUÊTES *SHARE* ET *MEDIPS*

Les deux enquêtes utilisées ici ne reposent pas sur le même protocole. Elles diffèrent par les critères d'éligibilité lors de la constitution de l'échantillon et par le questionnaire. Il importe donc, avant de conduire toute comparaison concernant les configurations d'aide mobilisées, de reconstruire des informations aussi comparables que possible et d'envisager les biais pouvant subsister.

⁴ Sauf mention contraire, dans la suite de cet exposé nous jugeons de la significativité statistique des différences observées en appliquant un risque de première espèce de 5 %.

1.1 Les protocoles de constitution des échantillons

Concernant les protocoles, les deux enquêtes sont ciblées sur des populations distinctes en termes d'âge, de dépendance et de résidence. L'échantillon de l'enquête *Share* (*Survey on Health Ageing and Retirement in Europe*), pour sa partie française, est un échantillon représentatif de la population française des ménages ordinaires⁵ (*i.e.* vivant à domicile) comportant au moins une personne de plus de 50 ans (591 cas). L'échantillon Medips en revanche a été constitué auprès de centres de consultations médicales de banlieue parisienne et ne comporte que des personnes âgées d'au moins 60 ans, souffrant de troubles de la mémoire et du comportement, résidant soit à domicile, soit en institution (91 cas). Étant donné les pathologies dont souffrent ces personnes, les services de soins n'ont pas pris contact directement avec leurs patients, mais auprès de personnes référentes⁶.

Pour permettre une comparaison plus pertinente, on a donc restreint l'échantillon de l'enquête *Share* aux personnes d'au moins 60 ans, présentant des incapacités légères à sévères⁷, de quelque origine que ce soit. Ce sous-échantillon, qui est qualifié dans la suite d'échantillon de référence, compte 221 individus. Parallèlement, parmi les individus appartenant à l'échantillon Medips, seuls ceux qui vivaient en ménage ordinaire ont été sélectionnés, soit 71 individus.

1.2 Conséquences sur la structure des échantillons

Les deux sous-échantillons ainsi constitués présentent malgré tout des différences sensibles, qui tiennent plus ou moins directement à la spécificité de l'échantillon Medips en matière d'origine de la dépendance dans les activités de la vie quotidienne.

Caractéristiques socio-démographiques

Pour ce qui est des caractéristiques socio-démographiques (tableau 1), le sous-échantillon Medips apparaît sensiblement plus âgé : plus de 80 % des personnes sont âgées de 75 ans ou plus, contre environ deux tiers dans le sous-échantillon de référence. Malgré cette différence d'âge, la proportion d'hommes est plus élevée dans le sous-échantillon Medips : aux alentours de 42 % contre 32 % dans le sous-échantillon de référence. Enfin, les individus du sous-échantillon Medips apparaissent clairement plus éduqués. Cela est une probable conséquence du lieu de sélection (région parisienne) et naturellement de la non représentativité sociologique de la population Medips.

⁵ Les statistiques présentées sont toujours calculées sur données pondérées. Cependant, les effectifs empiriques sont précisés dans certains tableaux.

⁶ Voir Medips (2005) et l'annexe 1 du présent article.

⁷ Voir l'annexe 2 pour une description des incapacités. Le sous-échantillon de référence se partage à peu près à égalité entre des dépendances légères à modérées d'un côté, sévère de l'autre.

Tableau 1
Répartitions selon les principales caractéristiques sociodémographiques

		Share-France		Medips-ménage ordinaire		Référence
Âge	Moins de 65 ans	3 %	(6)	5 %	(4)	6 % ⁽¹⁾
	65-74 ans	31 %	(74)	13 %	(9)	14 % ⁽¹⁾
	75-84 ans	46 %	(104)	62 %	(44)	41 % ⁽¹⁾
	Plus de 84 ans	20 %	(37)	20 %	(14)	39 % ⁽¹⁾
Sexe-ratio ⁸		0,47		0,73		0,39 ⁽¹⁾
Niveau d'éducation	Aucun diplôme	35 %	(82)			16 % ⁽²⁾
	Certificat d'études primaires	36 %	(76)	34 %	(24)	74 % ⁽²⁾
	Collège	19 %	(41)	14 %	(10)	10 % ⁽²⁾
	Lycée	3 %	(6)	17 %	(12)	
	Études supérieures	7 %	(16)	22 %	(16)	0 % ⁽²⁾
	Inconnu			13 %	(9)	
Effectif de personnes âgées		221		71		102 (Paquid)

⁽¹⁾Valeurs reconstituées à partir des données de prévalence du rapport Inserm, *Maladie d'Alzheimer – enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux* (2007, p. 367-369) et des données démographiques de l'Insee pour 2004 : les proportions concernent des personnes de plus 60 ans (grande majorité des personnes développant des DSTA).

⁽²⁾Données de l'enquête Paquid.

Clause d'existence d'un référent (protocole Medips)

Le protocole de l'enquête Medips prévoyait que le contact initial soit pris avec un référent de la personne présentant des troubles du comportement. Ceci conduit, *de facto*, à exclure de l'échantillon toute personne totalement isolée, ce qui n'est pas le cas, *a priori*, dans l'enquête *Share*. On constate cependant que l'entourage familial des personnes sélectionnées n'est que légèrement plus fourni dans le sous-échantillon Medips : la proportion de personnes ayant un conjoint valide y est de 52 % (contre 46 % en référence), tandis que 89 % ont au moins un enfant en vie (contre 82 % pour *Share*) (tableau 2).

Tableau 2 : Répartitions selon le nombre d'enfants en vie

Nombre d'enfants	Share-France		Medips-ménage ordinaire	
inconnu	2 %	(3)	0 %	(0)
0	18 %	(42)	11 %	(8)
1	19 %	(41)	21 %	(15)
2	23 %	(52)	35 %	(25)
3	18 %	(39)	18 %	(13)
4 et plus	20 %	(44)	15 %	(10)

Le biais potentiellement induit par cette clause d'existence d'un référent est probablement d'autant moins important que l'on focalise ici l'analyse sur les personnes vivant en domicile ordi-

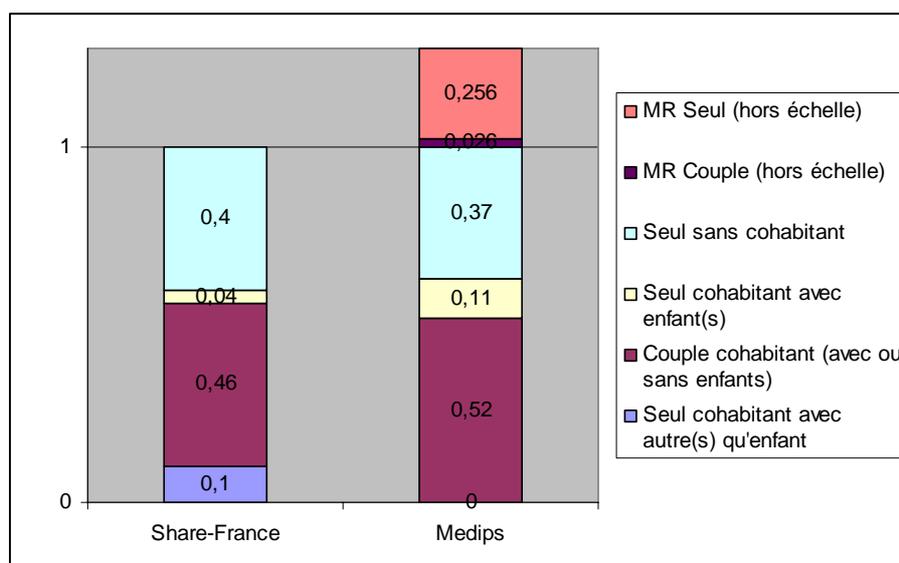
⁸ Nombre d'hommes sur nombre de femmes.

naire. En effet, il est peu probable que des personnes qui sont à ce point isolées qu'elles n'ont pas de référent puissent vivre en domicile ordinaire si elles sont atteintes de troubles de la mémoire et du comportement : une clause de résidence, telle qu'elle est appliquée dans le protocole *Share*, conduirait donc certainement au même résultat, c'est-à-dire à l'exclusion des personnes sans référent.

Clause de résidence en ménage ordinaire (dans Share)

Ceci amène en revanche à souligner l'importance de la clause de résidence en ménage ordinaire, inscrite initialement dans le protocole de l'enquête *Share*, et appliquée en seconde intention à l'échantillon Medips par souci de comparabilité. En effet, d'une part, les effets de sélection résultant de cette clause de résidence sont plus forts pour le sous-échantillon Medips : en 2005, en France, 26 % des personnes âgées dépendantes⁹ vivaient en maison de retraite, tandis que, d'après le rapport Gallez (2005), la proportion atteignait 40 % parmi les personnes âgées souffrant de démences dégénératives de type Alzheimer. D'autre part, celles qui restent à domicile bénéficient probablement d'un environnement familial et professionnel particulier. Ce biais est difficile à cerner à partir de données observables.

Figure 1 : Comparaison des configurations résidentielles



Lecture : Parmi les personnes vivant en domicile ordinaire, 40 % vivent seules dans le sous-échantillon de référence, 37 % dans le sous-échantillon Medips. Pour mémoire, les personnes qui vivent en maison de retraite (MR), et se trouvait initialement dans l'échantillon Medips, sont représentées sur le graphique, au delà de la barre des 100 %.

Comme mentionné précédemment, la composition de l'entourage familial des personnes incluses dans l'échantillon semble assez peu différente dans les deux sous-échantillons. La composition des ménages dans lesquels elles vivent ne présente pas non plus de différences très explicites (figure 1) : les proportions de personnes âgées qui vivent seules (40 et 37 % respectivement) sont statistiquement égales dans les deux sous-échantillons *Share* et Medips. On note cependant une différence significative si l'on compare les proportions de personnes âgées dépendantes vivant à domicile avec enfant(s) (4 et 11 % respectivement), ou avec des cohabitants qui

⁹ Au sens de la grille Aggir : GIR 1 à 5. *Source* : Données Dress, enquête HID, citées dans « Les personnes âgées dépendantes : rapport au Président de la République », novembre 2005.

ne sont ni leur conjoint, ni un de leurs enfants. Dans l'ensemble, si l'on se cantonne à opposer les personnes qui vivent seules à celles qui ont un cohabitant, sans détailler le lien de parenté de ce cohabitant, les répartitions sont donc similaires dans les deux sous-échantillons.

Pour résumer, les personnes âgées dépendantes du sous-échantillon Medips sont au total plus urbaines, plus diplômées et probablement plus aisées économiquement que celles de *Share*¹⁰. La structure de leur entourage diffère légèrement : dans le sous-échantillon de référence *Share*, les personnes âgées dépendantes sont plus souvent privées de conjoint valide et d'enfants ; elles cohabitent moins fréquemment avec un de leurs enfants. Ces dernières différences tiennent probablement au fait que se restreindre aux personnes vivant en ménage ordinaire n'a pas le même sens, pour les personnes âgées dépendantes en général, et pour celles qui souffrent de trouble de la mémoire et du comportement. En ce sens, ces différences n'ont donc pas à être neutralisées dans la comparaison, puisqu'elles reflètent indirectement la spécificité des situations de dépendance d'origine psychique. Cependant, il importe de garder à l'esprit que les comparaisons menées par la suite ne concernent pas l'ensemble des personnes âgées souffrant de démence sénile, mais seulement celles qui ont voulu et pu rester à domicile.

1.3 La mesure de l'aide

Au-delà de la comparabilité des échantillons, il convient aussi de s'assurer de l'homogénéité des informations recueillies concernant les configurations d'aide. Le questionnaire de l'enquête *Share* permet à chaque personne enquêtée de déclarer si elle bénéficie d'aide professionnelle et d'aide informelle, les aides ainsi recensées pouvant relever des soins personnels (aides pour s'habiller, se laver, manger, entrer ou sortir du lit, aller aux toilettes), d'une aide domestique (petits travaux, jardinage, déplacement, courses ou tâches ménagères), ou d'une aide relative aux tâches administratives. Le questionnaire Medips fournit des informations comparables, bien que distinguant un plus large dégradé d'interventions. Nous nous cantonnerons, dans l'analyse, aux aides recensées par les deux enquêtes, *i.e.* aux aides pour les activités de la vie quotidienne apportées sous forme de temps. Par ailleurs, l'aide sera le plus souvent caractérisée sous une forme binaire, sans considérer le détail des tâches effectuées, ni le temps passé.

Le souci de comparabilité entre les deux enquêtes, en matière de description des configurations d'aide, conduit à une deuxième restriction. En effet, pour ce qui est des aidants non professionnels, le questionnaire de l'enquête *Share* ne permet de déclarer qu'au plus trois aidants extérieurs au ménage de la personne âgée dépendante, tandis que celui de l'enquête Medips explore de manière systématique l'implication de chaque membre de l'entourage familial. Le plafonnement, dans l'enquête *Share*, du nombre d'aidants recensé est particulièrement préjudiciable pour l'étude approfondie des configurations d'aide familiale, dans le cas des familles nombreuses si trois enfants de la personne âgée dépendante sont déclarés aidants comment savoir si le quatrième est aidant ? Pour cette raison, nous avons choisi de limiter l'exploitation des données *Share* au cas des familles comportant trois enfants au plus¹¹. Nous nous privons

¹⁰ Au delà des biais sociologiques liés au mode d'inclusion dans l'échantillon Medips (région parisienne et consultation pour troubles de la mémoire et du comportement), il est possible que s'intéresser explicitement à des personnes souffrant de troubles de type Alzheimer à domicile, conduise à sur-représenter les milieux aisés. En effet, les troubles du comportement sont probablement moins repérés comme tels en milieu populaire (sauf s'ils sont graves), tandis qu'on s'en préoccupe de manière plus précoce en milieu aisé.

¹¹ Cette restriction ne suffit pas à éviter tout risque de censure : par exemple, une personne ayant trois enfants peut avoir déclaré sa sœur et deux de ses enfants comme aidants hors-ménage. Il est alors impossible de savoir si le troisième enfant est lui aussi aidant, puisque le questionnaire repère au plus trois aidants hors-ménage. Nous faisons implicitement

ainsi des enfants de familles nombreuses : si le nombre de familles perdues est assez faible (44), la proportion d'enfants exclus de l'analyse est importante (près de 20 % des enfants de l'échantillon) puisque chacune de ces familles comporte un grand nombre d'enfants (nous perdons au moins 96 enfants). Il nous reviendra, dans la suite de cet exposé, de ne pas négliger les probables effets de sélection induits.

2. MOBILISATION FAMILIALE ET RECOURS À DES PROFESSIONNELS : COMMENT S'ORGANISE L'AIDE ?

Ces précautions étant prises, il devient possible de comparer les configurations d'aide mobilisées autour des personnes souffrant de troubles de la mémoire et du comportement à celles dont bénéficient les personnes âgées dépendantes en général. Dans une première étape de l'analyse, nous envisageons les configurations dans leur ensemble en distinguant trois types d'aidants mobilisés : les cohabitants, les aidants familiaux « hors-ménage » (*i.e.* les membres de l'entourage familial qui sont impliqués dans la prise en charge mais ne cohabitent pas avec la personne prise en charge), et enfin les aidants professionnels. Ce découpage des configurations d'aide en trois composantes permet de faire apparaître deux traits distinctifs des aidants professionnels : non seulement ils interviennent en tant que professionnels, et se distinguent en cela de tout aidant familial, mais ils interviennent aussi « de l'extérieur », et, de ce point de vue, se distinguent des seuls cohabitants. Pour donner une vision la plus complète possible de l'articulation entre ces trois composantes, deux points de vue sont successivement adoptés. Tout d'abord celui des personnes prises en charge : recourent-elles d'autant moins à des aides professionnelles qu'elles bénéficient d'aide familiale, sous une forme ou sous une autre ? Bénéficient-elles d'autant plus d'aide hors-ménage qu'elles vivent seules ? Ensuite, celui des potentiels aidants familiaux hors-ménage, et plus précisément celui des enfants ne cohabitant pas avec leur parent dépendant : s'impliquent-ils d'autant moins fréquemment que leur parent dispose d'aides professionnelles ou d'un cohabitant ?

2.1 Structure des configurations d'aide

La part des personnes âgées dépendantes recourant à l'aide d'au moins un professionnel est plus élevée pour le sous-échantillon Medips (personnes souffrant de troubles de la mémoire et du comportement), et ce, quel que soit le type d'aide considéré (tableau 3). C'est pour l'aide dans les tâches ménagères que l'écart est le plus grand. Cet écart n'est probablement pas entièrement imputable au type de dépendance des personnes considérées, le plus haut niveau de vie des personnes âgées dépendantes Medips pouvant également expliquer un recours plus marqué à l'aide professionnelle. La proportion de personnes bénéficiant d'une aide familiale hors ménage est aussi sensiblement supérieure dans le sous-échantillon Medips. De façon frappante, pour chaque enquête, les taux de recours à l'aide familiale et professionnelle sont relativement proches : un peu plus de 40 % dans l'échantillon de référence contre environ 70 % dans l'échantillon Medips.

l'hypothèse que l'ordre dans lequel sont désignés les aidants est révélateur de l'intensité de l'aide qu'ils apportent : nous considérons que si le troisième enfant n'a pas été déclaré, c'est que l'aide qu'il apporte est négligeable devant l'aide apportée par la sœur et les deux premiers enfants.

Tableau 3 : Recours à l'aide professionnelle et mobilisation familiale

	Share-France (N=221)	Share-France (plus de 8 incapacités) (N=57)	Medips (N=71)
Proportion de personnes âgées dépendantes recourant à une aide professionnelle	41 %	75 %	68 %
<i>Dont Soins personnels</i>	24 %	51 %	27 %
<i>Dont Tâches ménagères</i>	26 %	51 %	56 %
Proportion de personnes âgées dépendantes bénéficiant d'une aide familiale hors-ménage	44 %	67 %	73 %

Cependant, plus que ces proportions simples, c'est le lien entre les différents types de recours qu'il convient de comparer (cf. introduction). Plusieurs résultats peuvent être soulignés à partir du tableau 4. Tout d'abord, on observe que le recours aux aidants hors-ménage semble compenser l'absence de cohabitant dans le cas de l'échantillon de référence : plus de 80 % des personnes qui vivent seules disposent d'une aide hors-ménage sous une forme ou une autre, tandis qu'elles sont moins de 40 % parmi les personnes qui peuvent compter sur un cohabitant. Dans le sous-échantillon de personnes souffrant de troubles du comportement, le recours à des aides hors-ménage reste en revanche la situation la plus fréquente, même pour les personnes qui ne vivent pas seules : 80 % d'entre elles disposent d'aide hors-ménage. Cela suggère qu'une spécificité de la prise en charge des personnes souffrant de troubles du comportement est la difficulté, pour ne pas dire l'impossibilité, d'assurer leur maintien en ménage ordinaire par un dispositif reposant sur un aidant unique, même cohabitant. L'appoint d'une aide hors ménage n'est jamais superflu.

Tableau 4 : Articulation aide professionnelle / aide familiale hors-ménage selon que la personne âgée dépendante dispose ou non d'un cohabitant

Composition de l'aide hors ménage	Share-France		Share-France (plus de 8 incapacités)		Medips	
	Sans cohabitant	Avec cohabitant	Sans cohabitant	Avec cohabitant	Sans cohabitant	Avec cohabitant
(1) aucune aide hors ménage	18 %	63 %	4 %	17 %	0 %	20 %
(2) aide professionnelle exclusivement	14 %	15 %	18 %	32 %	10 %	20 %
(3) aide familiale exclusivement	20 %	13 %	9 %	18 %	23 %	20 %
(4) aides professionnelle et familiale	47 %	9 %	69 %	33 %	68 %	40 %

La prise en compte du degré d'incapacité des personnes dépendantes permet de préciser ce résultat. En effet, si dans l'échantillon de référence *Share*, on ne retient que les personnes qui présentent le plus grand nombre d'incapacités¹², on retrouve le même résultat que dans le sous-échantillon Medips. Parmi les personnes ayant un cohabitant, le recours à une aide hors-

¹² L'analyse porte ici sur le quartile des personnes présentant le plus grand nombre d'incapacités, soit des incapacités pour plus de huit activités parmi les quatorze que propose le questionnaire.

ménage reste la situation la plus fréquente : 85 % d'entre elles disposent d'aide hors-ménage et cette proportion ne diffère pas statistiquement de la proportion parmi les personnes vivant seules (92 %). Autrement dit, ce qui est particulier à la prise en charge des personnes souffrant de troubles du comportement et de la mémoire c'est que la nécessité de mobiliser des aides hors-ménage en complément de la cohabitation se fait sentir quel que soit le nombre des incapacités pour les activités de la vie quotidienne, alors que pour les personnes dépendantes, en général, cette nécessité n'apparaît que lorsque les incapacités sont nombreuses.

Le tableau 4 permet aussi de mettre en évidence les liens entre les deux types d'aide hors-ménage. Pour l'échantillon *Share* de référence, le recours aux aides professionnelles est d'autant plus fréquent que les personnes disposent déjà d'une aide familiale hors-ménage (en présence de cohabitant la fréquence conditionnelle fait plus que doubler en présence d'une aide familiale hors-ménage)¹³. Réciproquement, les personnes qui recourent à des aides professionnelles bénéficient aussi plus souvent d'une aide familiale hors-ménage que les autres. Qui plus est, les deux formes d'aide hors-ménage vont de pair aussi bien pour les personnes qui vivent seules que pour celles qui ont un cohabitant. Dans le sous-échantillon Medips, la relation entre les deux formes d'aide hors-ménage est sensiblement différente. Pour les personnes qui ont un cohabitant, le recours à des aides professionnelles est à peine plus élevé lorsqu'elles reçoivent de l'aide familiale hors-ménage (66 % contre 50 %). Pour celles qui vivent seules, il est même plus faible : toutes les personnes sans aide familiale recourent à des aides professionnelles, alors que la proportion est d'environ trois quarts pour celles qui reçoivent une aide familiale. Cette différence entre les deux sous-échantillons tient cependant essentiellement au fait qu'aucune des personnes présentant des troubles du comportement ne vit sans aide : les rares personnes qui vivent seules et n'ont pas d'aidant familial hors-ménage ont toutes recours à des aides professionnelles, faute de quoi elles ne vivraient probablement pas à leur domicile.

Pour résumer, pour le sous-échantillon de référence, l'absence de cohabitant est compensée par un recours plus fréquent aux aides hors-ménage, aussi bien professionnelles que familiales, et le plus souvent par la combinaison des deux. Dans le cas des personnes souffrant de troubles du comportement, les configurations d'aide semblent moins flexibles, probablement parce que la mobilisation des aides est sensiblement plus élevée. D'une part, les configurations d'aide combinent souvent plusieurs types d'aidants : même en cas de cohabitation, des aidants hors-ménage interviennent dans huit cas sur dix (avec combinaison d'aidants professionnels et familiaux dans la moitié des cas). Dans ces conditions, il est beaucoup plus difficile de faire apparaître des relations de compensation entre les différents types d'aidants. D'autre part toutes les personnes reçoivent une aide sous une forme ou une autre : si elles ne bénéficient pas de l'une, c'est qu'elles bénéficient d'une autre. Cette caractéristique est particulièrement sensible lorsqu'on veut étudier les recours à un type d'aide conditionnellement à un autre : pour les personnes qui vivent seules par exemple, si elles ne recourent pas aux aides professionnelles, c'est nécessairement qu'elles reçoivent de l'aide familiale hors-ménage et réciproquement. Les proportions de recours conditionnel butent sans cesse sur le plafond des 100 %¹⁴. On peut cependant noter que la fréquence des recours cumulés aux différents types d'aidants, qui semble caractériser la prise en charge des personnes souffrant de troubles du comportement et de la mémoire, correspond en fait aux configurations d'aide qui sont autrement mises en place pour les personnes présentant un grand nombre d'incapacités.

¹³ Appliquant la règle de Bayes au cas de présence de cohabitant, on obtient bien $9/(9+13)=41\% > 15/(15+63)=19,2\%$. Les fréquences conditionnelles ci-après répondent à un calcul analogue.

¹⁴ Dans ce cas, par exemple, la proportion de personnes recevant de l'aide familiale parmi celles qui ne reçoivent pas d'aide professionnelle est de 100 %.

2.2 L'articulation entre aide professionnelle et implication filiale

Ce premier aperçu des configurations d'aide peut-être précisé en changeant de point de vue, c'est-à-dire en considérant celui des aidants familiaux potentiels. L'ampleur de la mobilisation familiale peut en effet être mesurée par la proportion de personnes bénéficiant d'une aide familiale, mais aussi par la proportion d'aidants potentiels effectivement mobilisés. Cette deuxième approche est d'autant plus utile que le recours à une aide familiale est quasi systématique dans le cas des personnes souffrant de troubles du comportement et de la mémoire : la proportion de personne bénéficiant d'une aide familiale est proche de 100 % quoi qu'il arrive, et ce, même si l'on considère uniquement l'aide familiale hors-ménage. Étudier les taux d'implication, plutôt que les taux de recours, peut permettre de mieux repérer les ajustements dans la mobilisation familiale. Les enfants étant les principales personnes de l'entourage susceptibles d'apporter une aide hors-ménage¹⁵, la suite de l'analyse est centrée sur le comportement d'implication des enfants, et ne concerne donc que les personnes ayant des enfants en vie¹⁶.

Quelques précisions techniques s'imposent avant de poursuivre. Tout d'abord, l'analyse portant sur les enfants des personnes âgées, la situation des personnes sans enfant n'est plus prise en compte. Ensuite, les calculs sont effectués sur les enfants et non plus sur les personnes âgées : 162 enfants, pour l'enquête Medips, 262 pour l'enquête *Share*¹⁷. Nous qualifions d'« impliqués », les enfants qui soit cohabitent avec leur parent dépendant, soit lui apporte une aide en temps pour les activités de la vie quotidienne de l'extérieur du ménage de la personne âgée dépendante (aide hors ménage). Un taux d'implication filiale correspond à la proportion d'impliqués (cohabitant ou non) parmi un ensemble donné d'enfants.

Tableau 5 : Taux d'implication des enfants non cohabitant selon la présence d'aide professionnelle et l'existence d'un cohabitant

Taux d'implication filiale...	<i>Share</i>	<i>Share</i> (+ de 8 incapacités)	Medips
Auprès des parents ayant un cohabitant			
- sans aide professionnelle	7 % (n=98)	25 % (n=7)	44 % (n=32)
- avec aide professionnelle	24 % (n=22)	40 % (n=16)	42 % (n=69)
Probabilité critique	0,031		0,871
Auprès des parents vivant seuls			
- sans aide professionnelle	32 % (n=56)	34 % (n=8)	89 % (n=9)
- avec aide professionnelle	39 % (n=71)	37 % (n=23)	56 % (n=52)
Probabilité critique*	0,428		0,010

* Probabilité critique du test bilatéral d'égalité des taux selon la présence ou non d'une aide professionnelle.

¹⁵ L'aide aux personnes dépendantes repose essentiellement sur leurs conjoints et leurs enfants (voire leurs beaux-enfants), mais les conjoints, sauf exception, cohabitent avec la personne prise en charge.

¹⁶ On exclut ce faisant 11 % des personnes pour le sous-échantillon Medips et 18 % pour le sous-échantillon *Share* (voir tableau 2).

¹⁷ Parmi les personnes âgées dépendantes incluses dans l'échantillon Medips, 63 ont au moins un enfant (voir tableau 2). La moitié d'entre elles vit en ménage ordinaire sans conjoint valide (voir figure 1) : elles ont au total 91 enfants ; l'autre moitié vit avec son conjoint : elles ont au total 71 enfants. Concernant l'échantillon de référence (enquête *Share*), pour une raison liée au format du questionnaire concernant la désignation des aidants (voir section 1), ne sont retenues dans ce qui suit que les personnes âgées dépendantes ayant de 1 à 3 enfants. 75 d'entre elles (comptant pour 850900) sont sans conjoint valide, et ont au total 148 enfants (comptant pour 1498345) ; 57 (comptant pour 745801) vivent avec un conjoint valide et ont au total 114 enfants (comptant pour 1679809).

Dans les deux échantillons, le taux d'implication filiale est d'autant plus élevé que le parent dépendant vit seul. L'ajustement du comportement des enfants non cohabitant à l'absence de cohabitant apparaît cependant beaucoup moins net lorsque le parent recourt par ailleurs à des aidants professionnels : pour l'échantillon de référence par exemple, le taux d'implication passe seulement de 24 % à 39 % en présence d'aide professionnelle, alors qu'il passe de 7 % à 32 % en leur absence. On retrouve donc bien, du point de vue des enfants, un mécanisme de compensation entre cohabitation et aide familiale hors-ménage, ce mécanisme étant atténué par le recours aux professionnels.

Si l'on s'intéresse maintenant à l'effet du recours à des aides professionnelles sur le taux d'implication filiale, à cohabitation donnée, on observe deux schémas différents. Dans le sous-échantillon de référence, l'implication des enfants est plus forte lorsque le parent dispose aussi d'aide professionnelle, mais la différence n'est significative que pour les parents qui ont un cohabitant. Dans le sous-échantillon Medips au contraire, le taux d'implication des enfants ne diffère selon la présence ou l'absence de professionnels que lorsque le parent vit seul, et l'ajustement se fait en sens inverse : la proportion d'enfants impliqués est significativement plus faible si le parent recourt à des aides professionnelles. Ce résultat renforce ceux entrevus du point de vue des parents : parmi les personnes qui n'ont pas de cohabitant, l'absence de professionnels s'accompagne d'une mobilisation familiale plus forte. Cette logique de compensation entre les deux types d'aide hors-ménage, qui n'apparaît que pour les personnes souffrant de troubles du comportement et de la mémoire, est peu visible sur les taux de recours (les taux sont tellement élevés, que les différences sont écrasées par le plafond des 100 %), mais apparaît significativement lorsqu'on mesure la mobilisation familiale par le taux d'implication des enfants.

Dans le cas des personnes souffrant de troubles de la mémoire et du comportement présentes dans l'échantillon Medips, il semble que les configurations de prise en charge à domicile butent sur un plafond dans l'utilisation des aides. C'est le cas pour les aides professionnelles : la proportion de personnes bénéficiant d'une aide professionnelle est particulièrement élevée (68 % contre 41 % dans l'échantillon de référence *Share*, voir le tableau 3), pour les personnes qui vivent seules comme pour celles qui peuvent compter sur un cohabitant (respectivement 78 % et 60 % de recours, voir le tableau 4). C'est aussi le cas pour l'aide familiale hors-ménage, en particulier pour les personnes ayant un cohabitant : 60 % d'entre elles reçoivent de l'aide familiale hors-ménage contre seulement 22 % dans l'échantillon de référence *Share*). L'aide familiale hors-ménage est non seulement plus fréquente dans le cas des personnes âgées souffrant de troubles du comportement et de la mémoire, mais elle semble qui plus est, entretenir des liens différents avec les aides professionnelles. L'aide familiale hors-ménage étant essentiellement le fait des enfants, ces résultats incitent à regarder de plus près le comportement d'implication des enfants selon la nature des troubles de leur parent.

3. IMPLICATION DES ENFANTS DE PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES ET STRUCTURE FAMILIALE

Pour rendre compte du comportement d'implication des enfants, plusieurs dimensions doivent être envisagées. Tout d'abord, à la différence des conjoints, les enfants peuvent appartenir à deux des catégories d'aidants distinguées jusqu'ici : ils peuvent cohabiter avec leur parent dépendant ou apporter de l'aide hors-ménage. Ensuite, l'implication des enfants semble sensible à la structure familiale. Les enfants constituent en effet un second cercle d'aidants : alors que les conjoints s'impliquent de manière quasi systématique, les enfants interviennent d'autant

plus que leur parent ne peut pas compter sur un conjoint valide. De plus, alors que, dans nos sociétés, le conjoint est, par définition, unique, une même personne dépendante peut avoir plusieurs enfants. Pour étudier dans quelle mesure la prise en charge d'une personne présentant des troubles de la mémoire et du comportement conduit à des modalités d'implication spécifiques pour ses enfants, deux aspects seront donc abordés successivement : tout d'abord le rôle que jouent les ajustements résidentiels et la cohabitation ; ensuite l'influence de la structure familiale, à travers le nombre de frères et sœurs (la taille de la fratrie).

3.1 La place, dans l'implication filiale, des ajustements résidentiels et de la cohabitation

L'ajustement résidentiel constitue un aspect important de l'implication auprès d'une personne âgée dépendante. Il s'agit ici de savoir si cet aspect différencie la prise en charge familiale des personnes âgées dépendantes souffrant de troubles du comportement et de la mémoire de celle d'autres types de personnes dépendantes. Les informations recueillies par les deux questionnaires sont relativement différentes. Le questionnaire de l'enquête *Share* ne donne pas d'indications « dynamiques » concernant les choix résidentiels accompagnant la dépendance : on dispose uniquement de la composition du ménage de la personne âgée, et de la distance de résidence de chaque enfant, sans pouvoir dire si l'arrangement résidentiel est récent ou de toujours, s'il a été motivé par l'entrée en dépendance ou par toute autre raison. Le questionnaire de l'enquête *Medips* abordait en revanche explicitement la question des ajustements résidentiels faisant suite à l'entrée en dépendance, mais n'apporte pas d'information quantitative sur la distance de résidence : on sait uniquement si un enfant s'est rapproché ou a renoncé à s'éloigner.

● Ajustements résidentiels et cohabitation dans l'enquête *Share*

La proximité géographique des enfants apparaît significativement plus forte pour les personnes ne pouvant compter sur un conjoint valide : 42 % des enfants de personnes sans conjoint valide vivent ainsi à moins de cinq kilomètres de leur parent dépendant, contre 20 % parmi les enfants de celles qui peuvent compter sur un conjoint valide. Il convient pourtant de prendre quelques précautions avant de lire dans ces résultats le reflet de l'accompagnement d'une dépendance : il est en effet possible que la disparition d'un conjoint donne lieu à des rapprochements géographiques, que le parent survivant soit ou non dépendant. La comparaison des taux d'enfants vivant à moins de cinq kilomètres de leur parent dépendant, selon le nombre de ses incapacités et l'existence d'un conjoint (tableau 6) montre que la proximité résidentielle des enfants répond essentiellement à l'accroissement des incapacités, et ce que le parent puisse ou non compter sur un conjoint¹⁸.

Parmi les enfants géographiquement proches, certains cohabitent avec leur parent dépendant. Le taux de cohabitation est relativement faible, sauf dans un cas : celui des personnes qui cumulent un grand nombre d'incapacités et l'absence de conjoint (tableau 7). La cohabitation apparaît donc comme une modalité de l'implication filiale dans la prise en charge qui ne vaut qu'en l'absence de conjoint.

¹⁸ Il se trouve que les personnes âgées sans conjoint souffrent d'incapacités plus nombreuses que celles qui ont un conjoint.

Tableau 6 : Proportion d'enfants habitant à moins de 5 km de leur parent selon le nombre de ses incapacités et la présence d'un conjoint valide

	Avec conjoint valide (N=148)	Sans conjoint valide (N=114)	Probabilité critique*
1 ou 2 incapacités	14 %	25 %	NS
Plus de 8 incapacités	40 %	56 %	NS
Probabilité critique**	0,03	0,06	

* Probabilité critique du test bilatéral d'égalité des taux selon l'existence ou non d'un conjoint valide.

** Probabilité critique du test bilatéral d'égalité des proportions selon le nombre des incapacités.

Lecture : Parmi les enfants des personnes souffrant d'1 ou 2 incapacités et pouvant compter sur un conjoint valide, 14 % habitent à moins de 5 km de leur parent.

Tableau 7 : Proportion d'enfants cohabitant avec leur parent, selon le nombre de ses incapacités et la présence d'un conjoint valide

	Avec conjoint valide	Sans conjoint valide	Probabilité critique*
1 ou 2 incapacités	4 %	0 %	NS
Plus de 8 incapacités	0 %	15 %	0,12
Probabilité critique**	NS	0,14	

* Probabilité critique du test bilatéral d'égalité des taux selon l'existence ou non d'un conjoint valide.

** Probabilité critique du test bilatéral d'égalité des proportions selon le nombre des incapacités

Au total, les enfants des personnes dépendantes vivant en domicile ordinaire habitent d'autant plus près de leur parent que celui-ci est fortement dépendant, ce qui s'accompagne d'un plus fort taux d'implication hors-ménage, mais ces ajustements résidentiels ne sont pas liés directement à l'absence de conjoint. Seul le passage à la cohabitation semble conditionné par la composition familiale mais il reste extrêmement minoritaire et ne vaut que pour les parents souffrant d'un grand nombre d'incapacités.

● **Ajustements résidentiels et cohabitation dans l'enquête Medips**

Qu'en est-il pour le sous-échantillon Medips ? Les statistiques examinées ci-dessous sur données Medips portent sur des ajustements explicitement consécutifs au développement d'une dépendance. De façon générale, ces ajustements résidentiels peuvent concerner les conditions de résidence de la personne âgée dépendante mais aussi celle de ses aidants. Des ajustements résidentiels touchant directement la personne âgée dépendante¹⁹ sont déclarés dans onze cas (sur 63²⁰, soit 17,46 %). Par ailleurs, dans dix cas, *au moins* un des enfants a ajusté son propre choix résidentiel à la situation de son parent dépendant : cela peut aller du déménagement (respectivement, du renoncement à déménager) pour se rapprocher de lui (respectivement, pour ne pas s'en éloigner) à l'installation pure et simple à son domicile (un cas). Au total, le développement d'une dépendance liée à des troubles du comportement et de la mémoire

¹⁹ Installation d'un membre de l'entourage au domicile de la personne âgée dépendante ; déménagement pour un logement mieux adapté, pour se rapprocher de quelqu'un ou pour s'installer chez lui ; autre.

²⁰ On considère ici l'ensemble des personnes âgées dépendantes Medips en ménage ordinaire qui ont au moins un enfant (n=63).

donne lieu à des ajustements de choix résidentiels dans 28,57 % des familles enquêtées (dix-huit cas).

Comme dans l'échantillon de référence, l'absence de conjoint apparaît comme une condition nécessaire à la cohabitation avec un enfant : on n'observe aucun enfant résidant au domicile d'une personne âgée dépendante vivant avec son conjoint valide. Cependant, la structure familiale semble jouer plus largement sur l'ensemble des ajustements résidentiels. En effet, la proportion de familles où l'entrée en dépendance (ou son aggravation) s'est accompagnée d'un ajustement résidentiel est de 45,16 % lorsque la personne dépendante est sans conjoint valide contre seulement 12,5 % en présence d'un conjoint (différence significative). Les ajustements résidentiels considérés ici, qui peuvent *entièrement* être imputés à l'accompagnement d'une dépendance, semblent donc plus nettement liés à la composition familiale que dans le sous-échantillon de l'enquête *Share*.

Tableau 8 : Implication filiale hors ménage et cohabitation, données *Share*

	Avec conjoint valide	Sans conjoint valide	Probabilité critique*
Taux d'implication des enfants non-cohabitant	8 %	35 %	<0,001
Taux de cohabitation filiale	3 %	9 %	0,18

* Probabilité critique du test bilatéral d'égalité des taux selon l'existence ou non d'un conjoint valide.

Tableau 9 : Implication filiale hors-ménage et cohabitation, données *Medips*

	Avec conjoint valide (n=71)	Sans conjoint valide (n=91)	Probabilité critique*
Taux d'implication des enfants non-cohabitant	39 %	54 %	0,202
Taux de cohabitation filiale	0 %	8 %	<0,001

* Probabilité critique du test bilatéral d'égalité des taux selon l'existence ou non d'un conjoint valide.

La décomposition, pour le sous-échantillon *Medips*, des adaptations de l'implication filiale à l'absence de conjoint valide débouche sur un constat un peu différent de celui que nous tirions pour le sous-échantillon de référence (tableau 9). Les taux d'implication hors ménage ne diffèrent pas significativement selon que le parent peut ou non compter sur un conjoint valide. En revanche, l'absence de conjoint accroît significativement les ajustements résidentiels, dont le passage à la cohabitation entre une personne âgée dépendante et l'un de ses enfants.

Comme il a été mentionné précédemment, le maintien à domicile d'une personne présentant des troubles du comportement et de la mémoire peut difficilement reposer sur un seul aidant informel, même cohabitant : le conjoint, s'il existe, s'appuie donc le plus souvent déjà sur le soutien hors ménage de certains de ses enfants pour assumer durablement une prise en charge en ménage ordinaire ; le taux d'implication filiale hors ménage est déjà élevé même en présence d'un conjoint. Si l'absence de conjoint conduit les enfants à se rapprocher, voire à cohabiter, c'est probablement pour permettre une intensification de l'aide qu'ils apportaient déjà : distinguer les comportements d'implication en présence ou absence de conjoint valide est en fait une manière de séparer des formes d'implication de natures différentes, implication de soutien à l'aidant principal et implication comme aidant principal.

3.2 Implication filiale et structure familiale : le rôle de la taille des fratries

Dans ce qui précède, le contexte familial n'a été pris en compte qu'à travers l'existence d'un conjoint de la personne dépendante. La taille des fratries, c'est-à-dire le nombre d'aidants informels potentiels constitue une deuxième dimension de la composition familiale susceptible d'influencer l'implication des enfants de personnes âgées dépendantes. Comme pour les modalités d'implication des enfants, la présence ou l'absence de conjoint valide reste une distinction décisive pour étudier le comportement des fratries.

○ **En présence d'un conjoint valide**

Nous considérons en premier lieu le comportement d'implication des enfants de personnes âgées dépendantes disposant d'un conjoint valide. Dans le sous-échantillon de référence *Share*, la mobilisation filiale présente le même profil que l'on se place du point de vue des enfants ou des parents (tableau 10). Elle est toujours plus forte dans les familles de deux enfants : en termes de taux d'implication filiale, presque 18 % pour les membres d'une fratrie de deux, contre à peine plus de 6 % pour les enfants uniques et un peu moins de 7 % pour les enfants des fratries de trois ; en termes de proportion de parents aidés, presque un tiers pour les parents de deux enfants contre 6 % pour les parents d'enfant unique et un peu moins de 10 % pour les parents de trois enfants²¹. Cependant, les différences ne sont significatives que du point de vue des parents (probabilité critique de 10 %).

Tableau 10 : Évolution de la mobilisation filiale auprès des personnes âgées dépendantes en ménage ordinaire avec conjoint valide selon la taille de la fratrie [Sous-échantillon *Share*]

	Taux d'implication des enfants	Proportion de parents aidés
Enfants uniques	6 % (16)	6 % (16)
Fratries de 2	18 % (50)	31 % (25)
Fratries de 3	7 % (48)	10 % (16)

Lecture : 18 % des enfants appartenant à des fratries de deux sont impliqués auprès de leur parent dépendant. 31 % des parents de fratries de deux reçoivent de l'aide d'au moins un de leurs enfants. Les nombres entre parenthèses correspondent aux effectifs concernés : 25 parents ont deux enfants en vie ; leurs enfants sont au nombre de 50 (soit deux fois vingt-cinq).

À première vue, les profils de mobilisation obtenus pour les deux sous-échantillons, dans le cas des personnes ayant un conjoint valide, paraissent opposés : au pic de mobilisation observé dans le sous-échantillon de référence pour les fratries de deux correspond au contraire un repli pour l'échantillon de personnes âgées souffrant de troubles du comportement et de la mémoire (tableau 11). Dans le sous-échantillon Medips, les parents de deux enfants sont ceux qui ont la probabilité la plus faible de bénéficier d'une aide filiale. Les fratries de deux sont celles où le taux d'implication est le plus faible.

²¹ Dans l'échantillon de référence, la proportion de personnes souffrant de plus de huit incapacités parmi celles qui ont un conjoint valide est trop faible pour raisonner à taille de fratrie donnée. À défaut, les calculs ont été faits pour les seules personnes âgées de 75 ans ou plus : le profil de la relation entre implication filiale et taille de la fratrie n'est pas remis en cause si on concentre l'attention sur les personnes âgées dépendantes de plus de 75 ans.

Tableau 11 : Évolution de la mobilisation filiale auprès des personnes âgées dépendantes en ménage ordinaire avec conjoint valide selon la taille de la fratrie [Sous-échantillon Medips]

	Taux d'implication des enfants	Proportion de parents aidés
Enfants uniques	50 % (10)	50 % (10)
Fratrries de 2	23 % (26)	38 % (13)
Fratrries de 3	44 % (18)	83 % (6)
Fratrries de 4 et +	60 % (17)	100 % (3)

Lecture : 23 % des enfants appartenant à des fratries de deux sont impliqués auprès de leur parent dépendant. 38 % des parents de fratries de deux reçoivent de l'aide d'au moins un de leurs enfants. Les nombres entre parenthèses correspondent aux effectifs concernés : 13 parents ont deux enfants en vie ; leurs enfants sont au nombre de 26 (soit deux fois treize).

Dans le cas des personnes âgées qui peuvent compter sur un conjoint valide, la mobilisation filiale ne présente donc pas de régularité en fonction de la taille de la fratrie. Le résultat saillant est essentiellement l'existence d'une logique d'implication individuelle spécifique aux fratries de deux enfants.

○ **En l'absence de conjoint valide**

Dans le cas des personnes âgées dépendantes sans conjoint valide, les résultats sont en revanche beaucoup plus lisibles. Dans le sous-échantillon de référence *Share* (tableau 12), le taux d'implication des enfants décroît régulièrement et significativement avec la taille de la fratrie, passant d'environ deux sur trois pour les enfants uniques à un quart pour les enfants ayant deux frères et sœurs. Ce profil vaut également pour les enfants des personnes souffrant d'un grand nombre d'incapacités²². Cependant, les différences de taux d'implication n'affectent pas la probabilité, pour une personne âgée dépendante, de bénéficier d'une aide filiale. En effet, si l'on considère la proportion de parents qui reçoivent une aide filiale (*i.e.* l'aide d'au moins un enfant), cette proportion est remarquablement stable, quel que soit le nombre d'enfants mobilisables : entre 61 et 68 %.

Tableau 12 : Évolution de la mobilisation filiale auprès des personnes âgées dépendantes en ménage ordinaire sans conjoint valide selon la taille de la fratrie [Sous-échantillon *Share*]

	Taux d'implication des enfants	Proportion de parents aidés
Enfants uniques	65 % (25)	65 % (25)
Fratrries de 2	47 % (54)	68 % (27)
Fratrries de 3	27 % (69)	61 % (23)

Lecture : 47 % des enfants appartenant à des fratries de deux sont impliqués auprès de leur parent dépendant. 68 % des parents de fratries de deux reçoivent de l'aide d'au moins un de leurs enfants. Les nombres entre parenthèses correspondent aux effectifs concernés : 27 parents ont deux enfants en vie ; leurs enfants sont au nombre de 54 (soit deux fois vingt-sept).

²² Les taux d'implication filiale décroissent régulièrement de 80 % pour les enfants uniques à 27 % pour les enfants appartenant à des fratries de trois.

Tableau 13 : Évolution de la mobilisation filiale auprès des personnes âgées dépendantes en ménage ordinaire sans conjoint valide selon la taille de la fratrie [Sous-échantillon Medips]

	Taux d'implication des enfants	Proportion de parents aidés
Enfants uniques	100 % (5)	100 % (5)
Fratreries de 2	54 % (24)	83 % (12)
Fratreries de 3	72 % (21)	100 % (7)
Fratreries de 4 et +	46 % (41)	100 % (7)

Lecture : 54 % des enfants appartenant à des fratries de deux sont impliqués auprès de leur parent dépendant. 83 % des parents de fratries de deux reçoivent de l'aide d'au moins un de leurs enfants. Les nombres entre parenthèses correspondent aux effectifs concernés : 12 parents ont deux enfants en vie ; leurs enfants sont au nombre de 24.

Pour le sous-échantillon Medips (tableau 13), les effectifs des parents sont nettement plus modestes, mais la proportion de personnes sans conjoint valide bénéficiant d'une aide filiale semble aussi très stable quel que soit leur nombre d'enfants²³ : entre 83 et 100 %²⁴. En revanche, aucune régularité n'apparaît si l'on considère le taux d'implication du point de vue des enfants. La comparaison avec les résultats obtenus sur le sous-échantillon de référence suggère que le taux d'implication est « anormalement » faible dans les fratries de deux enfants : il est à peine supérieur au taux d'implication dans le sous-échantillon *Share* (47,37 %), alors que le différentiel est important pour les enfants uniques comme pour les fratries de trois.

Au total, s'agissant des parents sans conjoint valide, on retrouve une sous-mobilisation des fratries de deux, dans le seul sous-échantillon Medips. Mais on perçoit une logique d'ensemble beaucoup plus nette. Dans le sous-échantillon de référence comme dans le sous-échantillon Medips, la proportion de personnes âgées sans conjoint valide qui bénéficient d'une aide filiale, sous quelque forme que ce soit (cohabitation ou aide hors-ménage) apparaît remarquablement insensible au nombre d'enfants mobilisables²⁵. Tout se passe comme si une logique de prise en charge s'imposait à l'échelle des fratries : qu'ils soient un, deux, trois ou quatre, les enfants s'arrangent pour que leur parent reçoive de l'aide d'au moins l'un d'entre eux, dans tous les cas pour le sous-échantillon de parents souffrant de troubles du comportement et de la mémoire, dans deux cas sur trois pour le sous-échantillon de référence.

Cette logique de fratrie que l'on n'observe que pour les enfants dont le parent est sans conjoint reflète probablement une différence de nature dans l'aide que prodiguent les enfants selon que leur parent peut ou non compter sur un conjoint. Lorsque le parent dépendant peut compter sur un conjoint valide, il bénéficie, presque mécaniquement, d'une présence quotidienne à ses côtés. L'aide filiale constitue alors avant tout une aide de renfort, un appoint, une aide à l'aidant principal qu'est le conjoint. En revanche, lorsque le parent dépendant est veuf ou divorcé, les tâches habituellement réalisées par le conjoint incombent aux enfants. Le comportement de la fratrie doit alors répondre à la situation du parent, à son besoin d'aide, à

²³ On retrouve malgré tout la particularité des fratries de deux, en se plaçant du point de vue des parents.

²⁴ Notons que cette proportion est nettement supérieure dans le cas des personnes âgées dépendantes présentant des troubles du comportement et de la mémoire : plus de trois personnes âgées dépendantes sur dix sont privées d'aide filiale dans l'échantillon de référence *Share*, tandis que ce chiffre avoisine zéro pour le sous-échantillon Medips.

²⁵ La constance de la proportion de personnes bénéficiant d'une aide filiale est repérable aussi d'un pays à l'autre, en Europe (Fontaine *et alii* 2007).

ses ressources. La nécessité de réaliser certaines tâches pour que le parent puisse rester en domicile ordinaire, induit une logique d'ensemble : il faut qu'au moins l'un des enfants s'en charge.

Cette logique d'ensemble s'accompagne de taux d'implication filiale très différents selon la taille de la fratrie : d'un enfant sur deux en moyenne à 100 % dans le sous-échantillon Medips, d'un sur quatre à deux sur trois en moyenne dans le sous-échantillon de référence *Share*. Comment s'articulent logique collective et choix individuels ? Est-ce le taux d'implication individuel qui se déduit de la proportion de parents aidés ? Autrement dit, existe-t-il une forme de coordination qui explique qu'une même proportion de parents aidés conduise à des taux d'implication variables selon le nombre d'enfants mobilisables ? Les choix des enfants sont-ils au contraire indépendants les uns des autres ? S'il n'y a pas de coordination entre les enfants, comme le suggèrent plutôt les données (voir encadré 1), il faut alors comprendre pourquoi les taux d'implication des enfants se fixent « initialement » à des niveaux différents selon la taille de la fratrie, qui plus est à des niveaux qui conduisent *in fine* à une même proportion de parents aidés. Pourquoi les enfants appartenant à des fratries de trois auraient-ils structurellement une propension plus forte à s'impliquer que ceux appartenant à des fratries de deux ? L'encadré 2 propose une piste d'interprétation, à partir du mécanisme de sélection lié à la clause de résidence en ménage ordinaire dans les sous-échantillons étudiés : dès lors que le maintien à domicile relève d'une décision collective prise par un nombre d'individus variable selon la taille de la famille, une propension à s'impliquer identique peut en effet conduire à des taux d'implication variant avec la taille de la fratrie, si l'on n'observe que les enfants de personnes à domicile. Les interprétations proposées en encadrés ne constituent que des pistes, ayant moins vocation à apporter des réponses qu'à motiver de nouvelles recherches sur l'articulation entre logiques individuelles et familiales dans la prise en charge des personnes âgées.

Encadré 1

Coordination et indépendance des décisions individuelles dans les fratries

Les résultats observés dans le cas des personnes âgées sans conjoint conduisent à s'interroger sur l'organisation interne à la fratrie, autrement dit sur la manière dont les différents enfants d'une même personne âgée se coordonnent (ou non) pour lui assurer une aide filiale. Le premier modèle qui vient à l'esprit est celui de l'aidant principal unique : faute d'un conjoint, ce rôle doit être assuré par un enfant. En forçant le trait à l'extrême, c'est alors un seul enfant par fratrie qui s'implique. Les données suggèrent que ce modèle s'applique mal, tout au moins pas de manière systématique et pure (tableau 14). En effet, dans l'échantillon de référence *Share* par exemple, si ce modèle s'appliquait effectivement, on devrait observer un taux d'implication de 34 % parmi les enfants des fratries de deux (puisque 68 % de leurs parents bénéficient d'une aide filiale²⁶), et un taux d'implication d'un peu plus de 20 % parmi les enfants des fratries de trois (puisque 61 % de leurs parents bénéficient d'une aide filiale). Or, les taux observés sont respectivement de 47 % et 27 %. De manière surprenante, voire contradictoire avec l'existence d'une logique de fratrie, les taux observés correspondent beaucoup mieux à un modèle d'indépendance des comportements individuels. Nous entendons indépendance dans un sens bien particulier. Le comportement individuel d'un enfant est dit indépendant si sa probabilité de s'impliquer ne dépend pas du comportement effectif de ses frères et sœurs : autrement dit, dans ce deuxième modèle, la propension d'un enfant à s'impliquer est la même, que ses frères et sœurs s'impliquent ou non. Si l'on note Pp, la proportion de parents recevant une aide filiale, Pe la proportion d'enfants impliqués et N la taille de la fratrie, on devrait alors avoir la relation suivante : $(1-Pp)=(1-Pe)^N$. Les taux d'implication filiale correspondant à ce modèle d'indépendance sont de 43 % pour les enfants des fratries de deux, et de 27 % pour ceux des fratries de trois. Ils sont donc beaucoup plus proches des taux effectivement observés. Ce modèle s'applique également mieux au sous-échantillon Medips.

²⁶ La logique du calcul est la suivante. Pour 100 parents, 68 reçoivent de l'aide filiale. Le modèle envisagé ici suppose que chaque parent n'est aidé que par un seul de ses deux enfants. Il y a donc 68 enfants aidants pour 100 parents, mais 68 enfants aidant pour 200 enfants. Le taux d'implication des enfants est donc de 34 pour 100. Lorsqu'on raisonne sur les fratries de trois enfants, 100 parents correspondent à 300 enfants.

Tableau 14 : Taux d'implication des enfants selon différents modèles d'organisation internes de la mobilisation familiale [Sous-échantillon *Share*]

	Taille de la fratrie		
	Enfants uniques	Fratrries de 2	Fratrries de 3
Effectif des parents	25	27	23
Proportion de parents recevant une aide filiale	65 %	68 %	61%
Effectif des enfants	25	54	69
Taux d'implication des enfants	65 %	47,37	26
Taux d'implication théoriques			
<i>Modèle 1 : un seul enfant aidant par fratrie</i>	65 %	35%	20%
<i>Modèle 2 : indépendance des comportements</i>	65 %	43%	27%

Lecture : 68 % des parents de deux enfants reçoivent de l'aide filiale ; 47 % de leurs enfants étant impliqués. Si l'aide n'était apportée que par un seul enfant par fratrie (modèle théorique 1) ce taux d'implication aurait été de 34 % ; si les comportements des enfants étaient indépendants (modèle théorique 2) il serait de 43 %.

Encadré 2

Biais de sélection et taille des fratries : une illustration

Dans l'échantillon Medips, les fratries de deux se caractérisent par un taux d'implication faible au regard des taux observés pour les enfants uniques et les fratries de trois d'une part, au regard du taux observé pour les fratries de deux dans l'échantillon de référence d'autre part. L'interprétation que nous proposons ici de cette "irrégularité" repose sur ce constat : en l'absence de conjoint valide, la question du placement en institution s'est posée pour les personnes présentant des troubles du comportement de manière plus pressante que pour les personnes de l'échantillon de référence *Share*. Considérer les enfants de personnes âgées dépendantes maintenues en ménage ordinaire imprime donc un effet de sélection, dans l'échantillon Medips. Selon le mécanisme de décision ayant conduit au maintien à domicile, le biais de sélection peut être d'ampleur différente selon la taille de la fratrie.

Formalisons cette idée. Supposons que, quelle que soit la taille de la fratrie, il existe une même proportion p d'enfants prêts à s'impliquer dans la prise en charge de leur parent dépendant en ménage ordinaire, et favorables au maintien en ménage ordinaire (MO) plutôt qu'au placement en maison de retraite (MR).

Commençons par considérer le cas des enfants uniques. Si leur parent dépendant est en ménage ordinaire, c'est qu'ils en ont décidé ainsi *i.e.* qu'ils étaient prêts à s'impliquer dans sa prise en charge : en l'absence de conjoint valide, tous les enfants uniques ayant leur parent en ménage ordinaire sont impliqués, leur taux d'implication est de 100%.

En cas de fratrie multiple et toujours en l'absence de conjoint valide, la *décision collective* du placement de la personne âgée dépendante en maison de retraite mobilise des enfants qui sont a priori dans une situation de symétrie.

Nous proposons de retenir deux hypothèses quant aux règles de cette décision collective.

Hypothèse 1 : la décision collective se prend à la majorité.

Hypothèse 2 : en l'absence de majorité stricte, s'applique le principe du statu quo, (le parent reste à domicile).

Considérons le cas d'une personne âgée dépendante ayant deux enfants. L'ensemble des configurations d'opinions compatibles avec le constat de son maintien en ménage ordinaire est composé de {MO, MO} (majorité), {MR, MO} et {MO, MR} (principe du statu quo). La première configuration est de probabilité p^2 , les deux autres, chacune de probabilité $p(1-p)$. Si l'on note N_2 le nombre total d'enfants d'une fratrie de deux ayant un parent dépendant, on observera $(p^2 + 2p(1-p))N_2$ enfants membres d'une fratrie de deux d'un parent dépendant en ménage ordinaire dont $(p^2 + p(1-p))N_2$ enfants impliqués dans sa prise en charge. Le taux d'implication des enfants d'une fratrie de deux est ainsi : $1/(2-p)$.

Tournons-nous vers les fratries de trois. L'ensemble des configurations d'opinions compatibles avec le maintien en ménage ordinaire est composé de {MO, MO, MO}, {MR, MO, MO} et ses permutations, c'est-à-dire au total quatre situations de majorité ; aucune de statu quo. La première configuration est de probabilité p^3 , les trois autres, chacune de probabilité $p^2(1-p)$. Si l'on note N_3 le nombre total d'enfants d'une fratrie de trois, on observera $(p^3+3p^2(1-p))N_3$ enfants de personne âgée dépendante en ménage ordinaire membres d'une fratrie de trois dont $(p^3+2p^2(1-p))N_3$ enfants impliqués dans sa prise en charge. Le taux d'implication des enfants d'une fratrie de trois est ainsi : $(2-p)/(3-2p)$. Il est aisé de montrer que quelque soit $p \in [0,1[$,

$$1/(2-p) < (2-p)/(3-2p)$$

Le taux d'implication individuel observable parmi les enfants des fratries de deux dont le parent est resté à domicile est alors strictement inférieur à celui observables pour les enfants d'une fratrie de trois.

Ce modèle fournit une interprétation ordinale de la différence entre les taux d'implication individuelle dans les fratries de deux et les fratries de trois : il justifie un taux observé supérieur parmi les fratries de trois, alors même que la propension à s'impliquer était identique dans les deux types de fratries. L'écart observé provient non pas du comportement structurel des enfants, mais bien du processus de décision conduisant au maintien à domicile.

Cet exemple n'a pas vocation à rendre compte des processus de décision réels, mais simplement à illustrer le fait que les différences observables peuvent tenir, pour une part au moins, au biais de sélection.

L'analyse comparée des configurations d'aide mobilisées autour des personnes âgées dépendantes vivant en ménage ordinaire révèle des spécificités qui tiennent à la nature de la dépendance. On retiendra en particulier que les configurations d'aide mises en place autour des personnes souffrant de troubles de la mémoire et du comportement se caractérisent par un recours quasi systématique et inélastique aux aides familiales hors-ménage. En effet, pour les personnes dépendantes en général, un dispositif d'aide reposant uniquement sur le (ou les) cohabitant(s) est envisageable. La mobilisation d'aides « extérieures » se fait essentiellement faute de cohabitants et implique le plus souvent aussi bien des aidants professionnels que familiaux. En revanche, la prise en charge des personnes âgées souffrant de troubles du comportement, en ménage ordinaire, suppose une mobilisation familiale – une maisonnée – qui dépasse les frontières du ménage, même pour les personnes qui peuvent compter sur la présence d'un conjoint, et rejoint en cela la situation des personnes qui souffrent d'un grand nombre d'incapacités pour les activités de la vie quotidienne. Ces résultats, qui concernent uniquement les personnes vivant en domicile ordinaire, peuvent probablement s'interpréter, en négatif, en termes de différences dans les conditions de recours aux hébergements collectifs. Dans le cas général, l'existence d'un conjoint, et plus largement d'un cohabitant suffit à réduire la probabilité d'entrer en hébergement collectif. Faute de cohabitant, il faut pouvoir compter sur des aidants extérieurs, familiaux ou professionnels. En revanche, la prise en charge à domicile de personnes souffrant de troubles du comportement, suppose qu'existent des aidants familiaux en second : parmi les personnes qui restent à domicile, la différence majeure entre celles qui ont un conjoint et celles qui n'en ont plus ne réside pas dans la possibilité de bénéficier d'une aide filiale, mais dans l'intensité, dans l'étendue de la mobilisation des enfants. L'intensification passe probablement par des ajustements résidentiels. Dans ce domaine, le passage à la cohabitation avec un enfant joue un rôle particulier : c'est un mode d'implication filiale qui, pour la France en tous cas, semble essentiellement réservé au cas des parents qui n'ont plus de conjoint, quelle que soit la nature de la dépendance. Quant à l'extension de la mobilisation filiale, elle dépend largement du nombre d'enfants mobilisables, c'est-à-dire de la taille de la fratrie. Étudier l'impact de la taille de la fratrie sur la mobilisation des enfants suppose des échantillons plus nombreux que ceux dont nous disposons. Les résultats obtenus suggèrent cependant que l'absence de conjoint auprès du parent dépendant contraint le comportement des enfants à s'inscrire dans une logique collective, à l'échelle de la fratrie, puisque la

proportion de parents recevant de l'aide d'au moins un de leurs enfants s'avère remarquablement insensible à la taille de la fratrie. L'articulation entre comportements individuels des enfants et logique de fratrie reste cependant difficile à cerner. C'est pourtant certainement l'une des clefs qui permettra de mieux comprendre l'organisation interne de la mobilisation familiale autour des personnes qui restent à domicile, aussi bien que le choix des modes de prise en charge (domicile ou institution).

BIBLIOGRAPHIE

ATTIAS-DONFUT C., RENAUT S., 1994, « Vieillir avec ses enfants : corésidence de toujours et cohabitation », *Communications*, n°59, p. 29-53.

DUTHEIL N., SCHEIDEGGER S., 2006, « Pathologies et perte d'autonomie des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées », *Etudes et Résultats*, n°515, août, Drees.

FONTAINE R., GRAMAIN A., WITTWER J., 2007, « Les configurations d'aide familiale mobilisées autour des personnes âgées dépendantes en Europe », à paraître.

GALLEZ C., 2005, Rapport sur « la Maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées », *Office Parlementaire d'évaluation des politiques de santé*. Disponible en ligne : <http://www.assemblee-nationale.fr/12/rapports/r3238.asp>.

GELINAS I., GAUTHIER L., MCINTYRE M., GAUTHIER S., 1999, « Development of functional measure for persons with Alzheimer disease: the disability assessment for dementia », *American Journal of Occupational Therapy*, 53, 5, p. 471-81.

LAFONT S., BARBERGER-GATEAU P., SOURGEN C., 1999, « Relation entre performances cognitives globales et dépendance évaluée par la grille Aggir », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, n°1, mars, p. 7-17.

MEDIPS, 2005, « Mobilisations familiales pour l'aide aux personnes âgées souffrant de troubles du comportement : premiers résultats de l'enquête Medips », Rapport Médéric disponible en ligne : <http://medips.chez-alice.fr/public/premier-resultat/resume-FMA-doc/resume-FMA.pdf>.

ANNEXE 1 : LES RÉFÉRENTS DANS L'ENQUÊTE MEDIPS

Le lien de parenté du référent à la personne âgée dépendante est une donnée particulièrement informative sur la mobilisation autour de cette personne âgée dépendante : nous fournissons l'information dans le tableau suivant.

Tri de l'ensemble des cas selon l'existence ou non d'un conjoint, d'enfant(s) et, pour Medips, lien du référent avec la personne âgée dépendante

	Share-France (N=221) %	Medips (N=71) %	Dans le cas Medips, nombre de cas où le référent est :		
			le conjoint	un enfant	autre*
Personnes âgées dépendantes disposant d'un conjoint valide	41 %	51 %	30	4	2
Dont sans enfant	3 %	6 %	4		0
Dont avec enfant	38 %	45 %	26	4	2
Personnes âgées dépendantes sans conjoint valide	59 %	49 %		26	9
Dont sans enfant	13 %	6 %			4
Dont avec enfant	44 %	43 %		26	5
Total	100 %	100 %	30	30	11

* Cette rubrique concerne : des personnes âgées dépendantes elles-mêmes dans sept cas ; d'autres apparentés dans deux cas ; des aidants professionnels dans deux cas.

Concernant Medips, on note que le rôle de référent est en général assuré par le plus proche parent : le conjoint s'il est valide, un enfant quand il existe. La modalité où le référent n'est ni le conjoint, ni un enfant de la personne âgée dépendante fournit une première idée de ce que représentent les cas de personnes âgées dépendantes isolées, particulièrement lorsque ce référent est la personne âgée dépendante elle-même. C'est donc le cas à sept reprises dont une seule correspond à une personne âgée dépendante sans enfant ni conjoint valide

ANNEXE 2 : LES CATÉGORIES D'INCAPACITÉ DANS LE SOUS-ÉCHANTILLON *SHARE*

1. Trois niveaux d'incapacités sont considérés au sein de l'échantillon :
2. *Incapacité sévère*, correspondant aux personnes déclarant avoir des difficultés dans au moins l'une de ses activités de la vie quotidienne : se lever et se mettre au lit, prendre un bain ou une douche, s'habiller.
3. *Incapacité modérée ou légère*, correspondant aux personnes déclarant avoir des difficultés dans au moins l'une des activités suivantes : manger, préparer un repas chaud, utiliser les toilettes, se déplacer dans une pièce, aller faire les courses, faire le ménage ou jardiner, prendre des médicaments, passer des appels téléphoniques, gérer de l'argent ou bien utiliser une carte pour se repérer dans un lieu inconnu.
4. *Absence d'incapacité*, correspondant aux personnes ne déclarant aucune limitation dans les activités de tous les jours.

DERNIERS NUMÉROS PARUS :

téléchargeables à partir du site <http://www.cee-recherche.fr>

- N° 94** *Diversité des modes de conciliation entre vie professionnelle et vie familiale pour les mères de jeunes enfants*
CORINNE PERRAUDIN, MURIEL PUCCI
décembre 2007
- N° 93** *Intensité du travail et trajectoire professionnelle : le travail intense est-il soutenable ?*
THOMAS AMOSSE, MICHEL GOLLAC
septembre 2007
- N° 92** *Male-Female Wage Gap and Vertical Occupational Segregation: The Role of Motivation for Work and Effort*
OLIVIER BAGUELIN
septembre 2007
- N° 91** *Construire un modèle de profilage des demandeurs d'emploi : défi statistique ou défi politique ?*
ÉTIENNE DEBAUCHE, NATHALIE GEORGES
août 2007
- N° 90** *À chaque marché du travail ses propres modes de recherche d'emploi*
EMMANUELLE MARCHAL, DELPHINE REMILLON
juillet 2007
- N° 89** *L'usage des canaux de recrutement par les entreprises*
CHRISTIAN BESSY, EMMANUELLE MARCHAL
juillet 2007
- N° 88** *The Effect of Working Time Reduction on Short-Time Compensation: a French Empirical Analysis*
OANA CALAVREZO, RICHARD DUHAUTOIS, EMMANUELLE WALKOWIAK
juin 2007
- N° 87** *Les concubins et l'impôt sur le revenu en France*
FRANÇOIS LEGENDRE, FLORENCE THIBAUT
mai 2007
- N° 86** *La qualité de l'emploi en Europe : une approche comparative et dynamique*
LUCIE DAVOINE, CHRISTINE ERHEL
mai 2007
- N° 85** *Les disparités spatiales du retour à l'emploi : une analyse cartographique à partir de sources exhaustives*
EMMANUEL DUGUET, ANTOINE GOUJARD, YANNICK L'HORTY
avril 2007