



HAL
open science

Le recours aux aides des personnes fragiles et leurs effets sur le bien-être

Anais Cheneau, Véronique Simonnet, Valérie Fargeon

► To cite this version:

Anais Cheneau, Véronique Simonnet, Valérie Fargeon. Le recours aux aides des personnes fragiles et leurs effets sur le bien-être. 34èmes Journées de microéconomie appliquée, Groupe d'analyse des itinéraires et niveaux salariaux, Jun 2017, Le Mans, France. halshs-02120698

HAL Id: halshs-02120698

<https://shs.hal.science/halshs-02120698>

Submitted on 6 May 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Communication aux 34^{èmes} Journées de Microéconomie Appliquée
1-2 juin 2017, Le Mans

Le recours aux aides des personnes fragiles et leurs effets sur le bien-être

Anais Cheneau*, Véronique Simonnet*, Valérie Fargeon*

*Univ. Grenoble Alpes, CREG (EA 4625)
1241 Rue des Résidences
BP 47, 38040 Grenoble Cedex 9

anais.cheneau@univ-grenoble-alpes.fr (Auteure correspondante)

veronique.Simonnet@univ-grenoble-alpes.fr

valerie.Fargeon@univ-grenoble-alpes.fr

A partir de l'enquête Handicap-Santé 2008, nous analysons les déterminants du recours aux aides et des besoins d'aide non satisfaits des personnes âgées de plus de 20 ans en situation de handicap. Nous distinguons pour cela différents types d'aides (professionnelle, de l'entourage, mixte) et leurs interactions possibles, dans un modèle joint reliant le recours aux aides aux différents indicateurs de bien-être que sont l'emploi, le revenu, la santé subjective et la participation sociale. Les premiers résultats mettent en avant les rôles différenciés du sexe, de l'âge, des diplômes, des déficiences et de l'étendue du réseau familial sur les configurations d'aide. Si l'aide des proches contribue à améliorer l'emploi et le niveau de santé déclaré ainsi qu'à réduire les besoins d'aide non satisfaits, les personnes ayant le plus de chance d'obtenir une aide des proches sont aussi celles qui ont le moins de chances d'obtenir une aide professionnelle, suggérant une possible substitution entre les deux formes d'aide. L'aide mixte n'améliore pas l'efficacité de chaque type d'aide, voire peu réduire cette efficacité dans le cadre des besoins non satisfaits.

Mots clés : Economie de la santé ; Aidants proches/professionnels ; recours à l'aide ; bien-être ; modèle joint de recours.

JEL Codes: C36; I11; I31

Introduction

Avec la modification de la structure d'âge de la population et l'évolution épidémiologique, qui se traduit par une hausse des maladies chroniques ainsi que des maladies neurodégénératives, le nombre de personnes ayant des limitations fonctionnelles et des difficultés à réaliser un certain nombre d'activités de la vie quotidienne augmente. *Les limitations fonctionnelles désignent les limitations que l'individu connaît dans ses capacités physiques, cognitives ou sensorielles. Elles peuvent engendrer des restrictions d'activité qui sont des limitations sur la capacité d'un individu à réaliser les actes de la vie quotidienne.*

L'allongement de la durée de vie, qui se traduit par une espérance de vie d'environ 78 ans pour les hommes et 85 ans pour les femmes en 2010¹, pose la question de la qualité de vie des années supplémentaires. Depuis les années 2000, l'espérance de vie sans difficulté pour les soins personnels continue d'augmenter mais plus faiblement que l'espérance de vie totale. Ainsi, les années de vie gagnées correspondent à des années de vie où les individus connaissent des limitations et restrictions d'activités. Les limitations d'activités augmentent avec l'âge, passant de 29.3% pour les personnes de 55 à 64 ans à 80.6% pour les personnes âgées de plus de 85 ans (DRESS, rapport 2011). Ces limitations liées à l'âge ont conduit au développement de la notion de personnes âgées dépendantes. La dépendance d'une personne âgée est définie comme un état durable de la personne entraînant des incapacités et requérant des aides pour réaliser des actes de la vie quotidienne (INSEE 2014²). Au 1er janvier 2012, en France métropolitaine, 1,17 million de personnes âgées sont dépendantes au sens de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) (GIR 1 à 4), soit 7,8 % des 60 ans ou plus³. À l'horizon 2060, selon le scénario intermédiaire des projections de dépendance, le nombre de personnes âgées dépendantes atteindrait 2,3 millions (INSEE 2014).

Les personnes âgées ne forment cependant pas le seul groupe de personnes ayant des incapacités. Selon les données de l'enquête Handicap-Santé 2008, parmi les adultes de 20 à 59 ans vivant à domicile, une personne sur deux déclare une limitation fonctionnelle (cognitive, physique et/ou sensorielle) et 18% déclarent une restriction d'activité (Bouvier, 2009). Les limitations et restrictions d'activités chez les 'adultes jeunes' (20-59 ans) proviennent de divers facteurs : handicap de naissance ou acquis, accidents, maladies, notamment maladies chroniques (telles que le diabète, le cancer, les maladies cardio-vasculaires et les affections psychiatriques de longues durées) ou encore les séquelles de maladies. Selon le Haut conseil de santé publique¹, les maladies chroniques sont caractérisées par la « présence d'un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive, appelé à durer ainsi qu'un retentissement sur la vie quotidienne comportant soit une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale, soit une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle, soit la nécessité de soins médicaux, paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, ou encore d'une surveillance ». Les maladies chroniques, qui touchent 15 millions de personnes en France⁴ et comptent pour 88% des décès sont devenues un enjeu de société, de par leur prévalence, leurs impacts sur la qualité de vie des personnes malades et leur coût. L'évolution de ces maladies est rapide comme l'illustre le nombre croissant de personnes en affection de longue durée

¹ Emmanuelle Cambois, Jean-Marie Robine, « Les espérances de vie sans incapacité : un outil de prospective en santé publique », Informations sociales 2014/3 (n° 183), p. 106-114.

² INSEE Référence, édition 2014, avril 2014

³ Rapport « Perspectives démographiques et financières de la dépendance » Juin 2011

⁴ Haut Conseil de la santé publique, La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique, 2009

(ALD). Cette augmentation annuelle était de 3.9% entre 2005 et 2007 et de 3.5% de 2007 à 2008 (Briçon, 2010).

Ainsi, le nombre total de personnes ayant des limitations et restrictions d'activités augmente chaque année : personnes ayant une maladie chronique et/ou personnes présentant un handicap physique, psychique, mental, sensoriel et/ou cognitif ou un polyhandicap à tous les âges de la vie. Ces personnes ont besoin de soutien afin de réaliser les activités de la vie quotidienne. Une personne de 60 ans ou plus vivant à domicile sur trois déclare un besoin d'aide pour la réalisation d'au moins une activité de la vie quotidienne ou une activité instrumentale de la vie quotidienne (Davin et al, 2006).

L'intervention d'un tiers peut correspondre à l'aide d'un professionnel uniquement, l'aide d'un proche uniquement (aide voisinage, famille, amis, etc.) ou l'intervention à la fois de professionnels et de proches (aide mixte). L'aide peut prendre plusieurs formes : aide sanitaire ou soutien dans les tâches de la vie quotidienne (entretien de la maison, cuisine, aide administrative, accompagnement à des rendez-vous, etc.). Le recours aux aidants professionnels a été facilité avec la création de l'Allocation personnalisée d'Autonomie en 2002 pour les personnes âgées de plus de 60 ans et la création de la Prestation compensation Handicap en 2005 pour les personnes handicapées. Ces deux dispositifs permettent de solvabiliser une partie du recours aux professionnels. Cependant, les familles et les proches gardent un rôle primordial dans l'accompagnement des personnes fragiles. Selon l'enquête Handicap-Santé 2008, 5.8 millions de personnes de plus de 20 ans reçoivent à domicile de l'aide régulière de la part de l'entourage ou de professionnels pour raison de santé ou handicap (Weber, 2011). L'aide apportée par les proches est majoritaire. En effet, 85% des personnes aidées âgées de 20 à 59 ans reçoivent uniquement l'aide de leur proche, 10% bénéficient d'une aide mixte, et seulement 5% seulement l'aide de professionnels (Soulier, 2012). Chez les personnes aidées de plus de 60 ans, le recours à l'aide des professionnels est plus élevé mais reste minoritaire par rapport à l'aide des proches (48% des personnes aidées reçoivent uniquement l'aide de proches et 32% reçoivent une aide mixte et 20% une aide professionnelle uniquement) (Soulier et Weber, 2011).

La question d'une potentielle diminution du nombre d'aidants proches dans le futur (du fait de l'éloignement géographique des familles, de la hausse du taux d'emploi des femmes ou encore des évolutions des formes familiales) pose problème, d'autant plus que les besoins de prise en charge augmentent. Face à ces nouveaux enjeux, il convient de se questionner sur l'organisation de la prise en charge des personnes fragiles. L'analyse du recours aux aides humaines des individus ayant des limitations ainsi que le caractère suffisant ou non des aides reçues est primordiale car une inadéquation des aides aux besoins des individus peut avoir des conséquences néfastes sur l'état de santé de la personne -avec une hausse des chutes, l'impossibilité de suivre certains régimes ou traitements médicaux, l'apparition de comorbidités comme la dépression (Allen et Mor, 1997) et avec une hausse du risque de décès (Alonso et al, 1997). L'inadéquation des aides aux besoins des individus conduit également à un recours plus important aux soins (Tennstedt et al, 1994), et peut remettre en cause la sûreté et la qualité du maintien à domicile (Allen et Mor, 1997). Pour finir, l'inadéquation des aides aux besoins des individus pose la question de l'équité dans l'accès aux aides disponibles (Goddard et Smith 2001) et renvoie ainsi à la notion d'inégalité sociale de santé. Il convient de voir si les inégalités sociales devant le handicap, les maladies et la dépendance sont attribuables à des différences dans l'accès aux ressources humaines et matérielles pour y faire face (Cambois, 2004).

L'article vise d'une part à identifier les déterminants du recours aux aides et des besoins non satisfaits pour les personnes de plus de 20 ans en situation de handicap en distinguant les différents types d'aide (aide des proches uniquement, des professionnels uniquement et aide mixte) et leurs interactions possibles. D'autre part, il cherche à analyser l'effet de l'aide sur le bien-être des personnes en situation de handicap à travers plusieurs dimensions : l'emploi, le revenu, la santé subjective et la participation sociale. Si le recours aux différentes aides et les besoins non satisfaits ont déjà été analysés de manière indépendante les unes des autres, notre étude s'attachera à mesurer les interdépendances entre d'une part les différents types d'aides et d'autre part entre les différents types d'aides et les besoins non satisfaits. De plus, elle apportera un éclairage nouveau sur les effets des différents types d'aide sur le bien-être des personnes en situation de handicap en mesurant également l'interdépendance entre les différents types d'aide et l'emploi, les revenus, la santé subjective et la participation sociale.

Dans une première section nous présenterons les principales études portant sur l'analyse du recours aux aides, de la satisfaction des besoins d'aide et sur les effets de l'aide. La deuxième section présentera les données de l'enquête Handicap-Santé de 2008 mobilisée pour l'étude ainsi que la constitution de l'échantillon de référence. La section suivante présente le modèle retenu et la stratégie d'estimation. Les résultats sont reportés dans la section 5 et la section 6 conclut.

1- Contexte

Les études portent principalement sur l'analyse des déterminants du recours aux aides et de la satisfaction des besoins d'aide.

Les études portant sur l'analyse des déterminants de recours aux aides analysent la probabilité d'avoir recours à un certain type d'aide (aide des proches, aide professionnelle, aide mixte et dans certaines études absence d'aide) à l'aide de modèle probit multinomial (Davin et al, 2009)⁵, de modèle logistique multinomial (Rodriguez, 2013)⁶ ou encore de modèles avec correction du biais de sélection à la Heckman pour analyser non seulement le type d'aide mais également le volume d'heures d'aide que reçoivent les individus à domicile (Kemper, 1992 ; Van Houtven et Norton, 2004). Ces deux dernières études présentent cependant l'inconvénient de se limiter à une population très restrictive ce qui limite la portée des conclusions⁷.

Se focalisant sur le choix de l'aidant (sensé maximiser son utilité tout en assurant un niveau de bien-être minimum à la personne aidée), l'étude de Gramain (1997)⁸ se démarque des précédentes études en recourant à un modèle de choix discret dynamique pour expliquer les différentes configurations d'aide. Si l'échantillon est réduit avec seulement 155 aidants suivis entre 1993 et 1996, l'étude présente plusieurs intérêts. Elle distingue tout d'abord les professionnels non sanitaires des professionnels sanitaires ce qui permet d'analyser la potentielle substituabilité entre aide professionnelle et aide informelle en distinguant différentes tâches d'aide. Ensuite, elle prend en compte la notion de filière de soins et la dimension

⁵ Données provenant de l'enquête HID (1999) pour les personnes âgées de plus de 60 ans à domicile (n=8769)

⁶ Données provenant de l'enquête DIDSS (Disabilities, Independance and dependency situations survey) (2008) pour les personnes âgées de plus de 65 ans (n=10703)

⁷ L'étude de Van Houtven et Norton ne retient que les parents isolés, de plus de 70 ans et ayant au moins un enfant en vie. Cette étude se base sur l'analyse des enquêtes HRS 1998 (Health and retirement survey) et l'enquête AHEAD 1995 (Asset and health dynamics among the oldest-old panel survey).

L'étude de Kemper se base sur les données, non représentatives, d'une expérience de programme d'aide à domicile (données de chenneling experiment, 1986), dont les critères d'éligibilité étaient importants. Les personnes bénéficiant de ce programme sont plus pauvres, avec plus de limitations et ont une demande d'aide formelle supérieure à la population.

⁸ Données provenant d'une enquête transversale de suivi par questionnaire avec un échantillon de 155 aidants suivis entre 1993 et 1996.

temporelle à travers l'effet du vieillissement et l'effet de l'ordre d'apparition des limitations (cognitives, physiques, etc) sur les configurations d'aide.

Avec la hausse de la dépendance ou l'augmentation du nombre de difficultés à réaliser les activités de la vie quotidienne, on observe une hausse du recours à l'aide mixte (Kemper 1992 ; Davin et al 2009) et une hausse du nombre d'heures d'aide (Kemper 1992). Selon Kemper, le facteur prédictif le plus important de l'aide professionnelle est le fait de recevoir un traitement médical spécifique. Cet auteur montre également que les difficultés de natures cognitives ou comportementales conduisent à une hausse du nombre d'heure d'aide. Gramain précise que lorsque les troubles du comportement apparaissent, on passe d'une prise en charge à domicile par un aidant proche unique à une prise en charge mixte ou de celle-ci à une prise en charge en institution (Gramain, 1997). L'ordre d'apparition des difficultés a également un rôle dans la configuration d'aide. En effet, si les troubles de comportement apparaissent en premier, la probabilité de recours à l'institution à plus ou moins long terme est élevée alors que lorsque les difficultés physiques apparaissent en premier, la survenue de troubles de comportement n'augmente pas le recours à l'institution (Gramain, 1997).

Les facteurs physiques ne sont pas les seuls déterminants pour expliquer le recours aux aides et les configurations d'aide. La présence et l'étendue du réseau familial (tels que le nombre de frères et sœurs, d'enfants etc) sont des facteurs déterminants du recours à l'aide des proches (Davin et al 2009 ; Van Houtven et Norton 2004). En effet, le fait d'avoir un époux(se) ou des enfants augmente le nombre d'heure d'aide et diminue l'aide des professionnels (Kemper 1992). Gramain précise que la cohabitation entre l'aidant et l'aidé et la présence de co-aidants potentiels conduisent à une diminution de recours aux aides professionnelles non sanitaires. De plus, les hommes ont une probabilité plus faible de recevoir de l'aide (surtout formelle), indépendamment de l'âge (Rodriguez, 2013). Les revenus jouent également un rôle dans les configurations d'aide. Un revenu élevé est associé à une plus grande probabilité de recevoir de l'aide professionnelle et une probabilité plus faible de recevoir de l'aide des proches (Kemper 1992). Dans le même sens, l'étude française de Davin et al montre que les catégories sociales les moins favorisées ont une probabilité inférieure de recourir à l'aide professionnelle (Davin et al, 2009). Les personnes ayant peu ou pas de diplôme ont une probabilité supérieure de recourir à l'aide des proches uniquement. (Davin et al, 2009).

Les études portant sur l'analyse des besoins non satisfaits ou insuffisamment satisfaits de la population se concentrent principalement sur la population des plus âgés (plus de 60 ans ou plus de 70 ans) à l'exception de l'étude de Allen et Mor⁹ qui intègre également les jeunes adultes (de 18 à 64 ans) mais exclut les personnes présentant des limitations cognitives ou émotionnelles.

Si les travaux français (Davin et al, 2005; Davin et al, 2006) montrent que le fait de vivre seul, d'avoir des revenus faibles et de disposer d'aides techniques sont associés à une plus grande déclaration de besoins non satisfaits, les travaux américains (Allen et Mor, 1997; Desai, Lentzner, 2001¹⁰) montrent que l'ampleur des difficultés à réaliser les activités de la vie quotidienne ou le handicap sévère priment sur les faibles revenus et l'isolement dans la déclaration de besoins non satisfaits. Dans tous les cas, le genre et l'âge ne semblent pas expliquer des différences de besoins non satisfaits.

L'analyse du rôle/des apports de l'aide et des différentes configurations d'aide, en termes de

⁹ L'étude se base sur un échantillon randomisé de 632 personnes de plus de 18 ans

¹⁰ Données provenant de National Health Interview survey pour les personnes âgées de plus de 70 ans.

bien-être, de vie sociale ou encore d'emploi n'a pas été traitée dans la littérature à notre connaissance. Dans la littérature, seuls les coûts associés aux aides ont été évalués. En recourant à la méthode des biens proxy, qui consiste à calculer des coûts de remplacement estimés à partir du temps consacré à l'aide et en ayant recours aux prix marchands d'un bien ou service considérés comme équivalent, Davin et Paraponaris (2012) évaluent à 11 milliards d'euros l'aide apportée par les proches aux personnes âgées de plus de 60 ans vivant à domicile. L'aide inclut le temps consacré aux actes du quotidien, le temps consacré à la surveillance, à la supervision d'activités réalisées par les personnes âgées et au soutien moral. A partir des données de la même enquête (HSM, 2008), l'aide des professionnels a été évaluée à 4.6 milliards d'euros. Ainsi, la valeur économique de l'aide des proches représente plus de 70% du montant global de l'aide.

Si l'aide des proches a une valeur économique, il convient de préciser quelles personnes y recourent et comment elle se conjugue ou non avec l'aide des professionnels ainsi que voir son impact réel sur l'activité économique et sociale et sur le bien-être des personnes en situation de handicap.

2- Données

Notre étude se base sur les données de l'enquête Handicap-Santé de 2008. Cette enquête, réalisée par la DREES, vient actualiser les résultats de l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID) de 1999. Cette nouvelle enquête est composée de 3 volets : un volet « Ménages » (pour les personnes vivant en logement ordinaire), un volet « Institutions » (pour les personnes vivant en institution) et un volet « Aidants informels ». Pour cette étude, nous nous focaliserons sur le volet « Ménages » (HSM). Ce volet comprend des questions sur l'état fonctionnel des personnes (maladies, déficiences, limitations), les restrictions de participation sociale (accès au travail, à la formation, aux loisirs, éléments de niveaux de vie) et les facteurs environnementaux (entourage familial ou social, aides techniques, aménagement du logement, accessibilité aux lieux de vie, discriminations ressenties). Les principaux objectifs de ce volet sont d'estimer le nombre de personnes connaissant des problèmes de santé ou des situations de handicap, de relever la nature, la quantité, l'origine des aides existantes et les besoins non satisfaits, de mesurer les désavantages sociaux subis des personnes handicapées ainsi que de mesurer certains indicateurs annexés à la loi de santé publique. 29 931 personnes ont répondu à cette enquête. Parmi ces personnes on trouve donc à la fois des personnes en bonne santé et des personnes ayant des problèmes de santé.

Pour notre analyse, nous nous sommes concentrées sur les personnes âgées de plus de 20 ans en situation de handicap. Cette barrière d'âge (dont le seuil est plus bas que pour la majorité des études existantes) s'explique par la volonté d'intégrer à notre analyse les personnes jeunes atteintes de maladies chroniques ainsi que les personnes atteintes de maladies neurodégénératives (dont l'âge d'apparition peut être jeune : l'âge moyen d'apparition de la sclérose en plaques est de 32.4 ans par exemple).

2.1. Construction de la population de référence et de la mesure d'aide : les individus en situation de handicap

La population de l'échantillon représente l'ensemble des personnes de plus de 20 ans à domicile qui ont un besoin d'aide résultant d'une situation de handicap. Contrairement à la majorité des études qui définissent le besoin d'aide uniquement en relation avec les difficultés à réaliser seul certaines Activités de la vie quotidienne (AVQ) et parfois en intégrant les difficultés à réaliser seul certaines Activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ)(Allen et Mor, 1997), il nous semble important de prendre en compte la double **dimension de la notion de handicap**. Celui-ci résulte en effet de l'interaction entre les facteurs personnels (qui peuvent être mesurés avec les limitations fonctionnelles) et les facteurs environnementaux ou contextuels qui peuvent créer une restriction d'activité. Les études de Davin et al. (2005, 2006) mettent en évidence le fait que les déterminants médicaux (mauvais état de santé et présence de déficience) ne sont pas les seuls déterminants du besoin d'aide, d'où la nécessité de ne pas définir le besoin d'aide sur un critère uniquement médical.

Dès lors, pour notre étude, nous avons appréhendé le handicap à la fois à travers les limitations fonctionnelles (qui permettent de mesurer objectivement l'état fonctionnel de l'individu à travers la mesure du degré intrinsèque de la personne) et les restrictions d'activités (qui sont les conséquences des limitations sur la vie quotidiennes et traduisent l'influence de l'environnement sur l'autonomie). Même si les limitations fonctionnelles constituent un facteur déterminant pour les restrictions d'activités (Cambois, 2003), le passage des limitations aux restrictions d'activités n'est pas automatique. Cela signifie qu'avec des limitations fonctionnelles identiques, certains individus vont davantage rencontrer de difficultés au quotidien alors que d'autres vont maintenir un niveau d'activité et d'autonomie satisfaisante car ils n'ont pas les mêmes ressources au départ (Cambois et al, 2003). Ainsi le besoin d'aide des individus est déterminé à la fois par les limitations fonctionnelles et les restrictions d'activité.

- Limitations fonctionnelles

Afin d'appréhender les limitations fonctionnelles des individus, nous avons distingué les limitations fonctionnelles cognitives ; les limitations fonctionnelles sensorielles et les limitations fonctionnelles physiques à partir de 17 questions posées aux individus, comme l'indique le tableau ci-dessous.

Types de difficultés/de problèmes	Type de limitation
Vous reproche-t-on d'être trop impulsif ou agressif ?	Limitations fonctionnelles cognitives
Vous arrive-t-il, par votre comportement, de vous mettre en danger ?	
Avez-vous des difficultés à acquérir de nouveaux savoirs ou savoir-faire (que ce soit à l'école, dans une formation, dans les activités de loisirs...)	
Avez-vous des difficultés pour vous concentrer plus de 10 minutes	
Avez-vous des difficultés à vous faire comprendre des autres ?	
Au cours d'une journée, vous arrive-t-il d'avoir des trous de mémoire ?	
Vous arrive-t-il de ne plus vous souvenir à quel moment de la journée on est ?	
Avez-vous des difficultés pour résoudre les pb de la vie quotidienne ?	
Si la personne n'est pas complètement sourde : Pouvez-vous entendre ce qui se dit dans une conversation avec plusieurs personnes (avec appareil auditif éventuellement)	Limitation fonctionnelle sensorielle
Si la personne n'est pas aveugle : Pouvez-vous voir clairement les caractères d'imprimerie d'un journal (avec lunettes ou lentilles éventuellement)	
Pouvez-vous voir un visage à 4m (avec lunettes ou lentilles éventuellement)	
Pouvez-vous vous baisser-s'agenouiller (sans l'aide de quelqu'un ou d'une aide technique)	Limitation fonctionnelle physique
Pouvez-vous porter un sac de 5kg sur 10m sans l'aide de quelqu'un ou d'une aide technique ?	
Pouvez-vous monter et descendre un étage d'escalier sans aide de quelqu'un / d'une canne / de la rampe ou d'une aide technique ?	
Pouvez-vous lever le bras	
Pouvez-vous marcher 500m sur un terrain plat sans l'aide de quelqu'un / d'une canne ou d'une aide technique ?	
Pouvez-vous vous servir de vos mains et doigts sans aide	

TABLEAU 1: 3 TYPES DE LIMITATIONS FONCTIONNELLES

Nous avons ensuite distingué les limitations légères des limitations graves à partir des réponses des individus à chaque question. En effet, les limitations légères correspondent aux réponses : « avoir parfois des difficultés/problèmes à (...) » (pour les fonctions cognitives) ou « pouvoir mais avec quelques difficultés » (pour les fonctions physiques et sensorielles) ; et les limitations graves correspondent aux réponses : « avoir souvent des difficultés/problèmes à (...) » (pour les fonctions cognitives) ou « ne pas pouvoir du tout ou avec beaucoup de difficultés » (pour fonctions physiques et sensorielles).

A partir de ces distinctions, on repère 3 groupes d'individus en fonction de leurs limitations : les personnes ayant une à trois limitations fonctionnelles légères mais aucune limitation grave ; les personnes qui déclarent une seule limitation grave (soit cognitive, soit physique, soit sensorielle) qui peut être parfois combinées avec une ou plusieurs limitations fonctionnelles légères et finalement les personnes qui déclarent au moins deux limitations fonctionnelles graves (limitation physique grave avec limitation cognitive grave, ou limitation sensorielle grave avec une limitation physique grave ou une limitation cognitive grave avec une limitation sensorielle grave).

Si presque 60% de la population est atteint de limitations (qu'elles soient légères ou graves), cette classification ne permet pas à elle seule de révéler le besoin d'aide d'une personne car ces données ne tiennent pas compte de l'environnement des personnes. En effet, 80% des personnes ayant uniquement des limitations légères se déclarent en bonne ou très bonne santé et moins de 1% ont des difficultés à réaliser au moins une activité de la vie quotidienne. Nous avons donc complété cette première classification en ajoutant les données sur les restrictions d'activités afin

de mieux prendre en compte le rôle de l'environnement dans la détermination des besoins d'aide.

- Restrictions d'activités

Les restrictions d'activités concernent les difficultés à réaliser seul d'une part les Activités de la vie quotidienne (AVQ) et d'autre part les Activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ). Ces deux indicateurs sont beaucoup utilisés en Europe pour définir les besoins d'aide des individus. On compte 7 AVQ et 12 AIVQ (Annexe 1). Nous avons regroupé ces 19 difficultés en 7 types de difficultés : les difficultés pour les soins personnels, pour la mobilité fonctionnelle, pour les activités de la vie domestique, pour les démarches administratives, pour la prise de médicament, pour les déplacements et pour la communication (tableau 2).

Catégorie d'analyse des difficultés et des tâches d'aide	Références - Activités de la vie quotidienne / Activités instrumentales de la vie quotidienne	Détail des activités de la vie quotidienne et activités instrumentales de la vie quotidienne
Soins personnels	AVQ 1 à 5	se laver, s'habiller, couper la nourriture et se servir à boire, manger et boire, se servir des toilettes
Mobilité fonctionnelle	AVQ6 et AVQ7	se coucher/lever du lit et s'asseoir/se lever d'un siège
Activités de la vie domestique	AIVQ 1 à 4	faire les courses, préparer les repas, faire les tâches ménagères, tâches plus occasionnelles
Démarches administratives	AIVQ5	Démarches administratives
Prise de médicament	AIVQ6	Prendre ses médicaments
Déplacements	AIVQ 7 à 10	se déplacer dans toutes les pièces d'un étage, sortir du logement, prendre transports, trouver son chemin
Communication	AIVQ 11 et AIVQ 12	se servir du téléphone, se servir d'un ordinateur

TABLEAU 2 - CLASSIFICATION DES DIFFERENTES TACHES D'AIDE ET DES DIFFERENTES DIFFICULTES

La distinction entre l'aide aux soins personnels et la mobilité fonctionnelle a été reprise de l'analyse de James (James, 2008). De plus, les activités de la vie domestique forment une notion fortement développée au Québec (Lecours et al, 2016) qu'il nous a semblé intéressant de reprendre.

Dans l'article, nous identifierons le rôle des différents types de difficultés sur les types de configurations d'aides et les besoins non satisfaits. Il est possible que certaines difficultés impactent le recours à l'aide, notamment professionnelle, du fait de l'existence de plans d'aides qui définissent des critères d'accès aux aides en fonction des types de difficultés. De plus, certaines difficultés engendrent des types d'aides spécifiques dont certains relèvent plutôt de l'aide professionnelle, d'autres de l'aide des proches, parfois des aides ponctuelles et d'autres des aides continues. Il est donc intéressant de distinguer les différentes aides en fonction des tâches d'aide.

- Personnes en situation de handicap

Le lien entre les limitations fonctionnelles et les restrictions d'activité permet de définir des situations de handicap. Une personne aura des besoins d'aide à partir du moment où elle déclare au moins une limitation fonctionnelle qui engendre au moins une difficulté à réaliser seul(e) une activité de la vie quotidienne ou une activité instrumentale de la vie quotidienne. Nous

avons distingué 3 niveaux de handicap dans lesquels le besoin d'aide d'un tiers dans la vie quotidienne sera plus ou moins important :

- Les personnes atteintes de handicap léger : elles sont atteintes d'une à 3 limitations fonctionnelles légères mais pas grave et ont au moins une difficulté à réaliser une activité de la vie quotidienne ou une activité instrumentale de la vie quotidienne
- Les personnes atteintes de handicap modéré : elles sont atteintes d'une limitation fonctionnelle parfois grave, combinée parfois avec des limitations légères et ont au moins une difficulté à réaliser une activité de la vie quotidienne ou une activité instrumentale de la vie quotidienne
- Les personnes atteintes de handicap lourd : elles sont atteintes d'au moins deux limitations fonctionnelles graves et ont au moins une difficulté à réaliser une activité de la vie quotidienne ou une activité instrumentale de la vie quotidienne

L'échantillon comprenant 8016 personnes de plus de 20 ans en situation de handicap a été pondéré de manière à le rendre représentatif de la population française en situation de handicap¹¹. Dès lors, une fois la pondération calculée, les résultats représentent la situation de **5 millions de personnes en situation de handicap de plus de 20 ans vivant à domicile** (5 446 523). Parmi ces personnes, 19% ont un handicap léger, 46% ont un handicap modéré et 35% ont un handicap important et plus de 80% sont aidées en raison d'un problème de santé ou d'un handicap.

Age>20 ans, Personnes en situation de handicap	Fréquence	Pourcentage
Handicap léger	1 046 982	19.22
Handicap Modéré	2 512 102	46.18
Handicap lourd	1 884 442	34.60
Total	5 446 526	100.00

TABLEAU 3 GROUPE –PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP-

- Configurations d'aides

Pour cette étude, nous avons retenu 4 types de configuration d'aide. La personne en situation de handicap peut ne pas être aidée, être aidée par l'aide d'un proche uniquement, être aidée par l'aide d'un professionnel uniquement ou être aidée à la fois par un proche et un professionnel (aide mixte).

¹¹ Ainsi, les différents résultats présentés ci-dessous sont les résultats correspondant à l'échelle nationale qui ont été multipliés par le coefficient de pondération attribué à la variable de référence. Les personnes n'ayant pas répondu aux questions concernant leur âge ou leur sexe ont été exclues de l'analyse.

2.2. Construction de la mesure de besoins non satisfaits

Les personnes ayant une aide insuffisante correspondent aux personnes qui ont des difficultés/ besoin d'aide et qui déclarent ne pas recevoir suffisamment d'aide (soit elle n'en a pas du tout, soit l'aide reçue est insuffisante) (figure 1).

Cette mesure de l'aide insuffisante, à partir de données déclarative des individus, se retrouve dans diverses études (Desai, Lentzner, 2001 ; Davin et al, 2006). Certaines études ajoutent cependant des configurations possibles pour la mesure du besoin d'aide non satisfait. Par exemple, si une personne déclare un besoin d'aide et qu'elle estime l'aide suffisante mais qu'elle subit des conséquences négatives dues à une insuffisance d'aide (telles que ne pas pouvoir manger et boire quand besoin ou ne pas se laver à la fréquence que l'on souhaite du fait d'un manque d'aide), alors cette personne aura des besoins d'aide non satisfaits (Allen et Mor, 1997). Cependant, pour notre analyse, nous n'avons pas les données suffisantes pour prendre en compte ces conséquences néfastes résultant d'un manque d'aide.

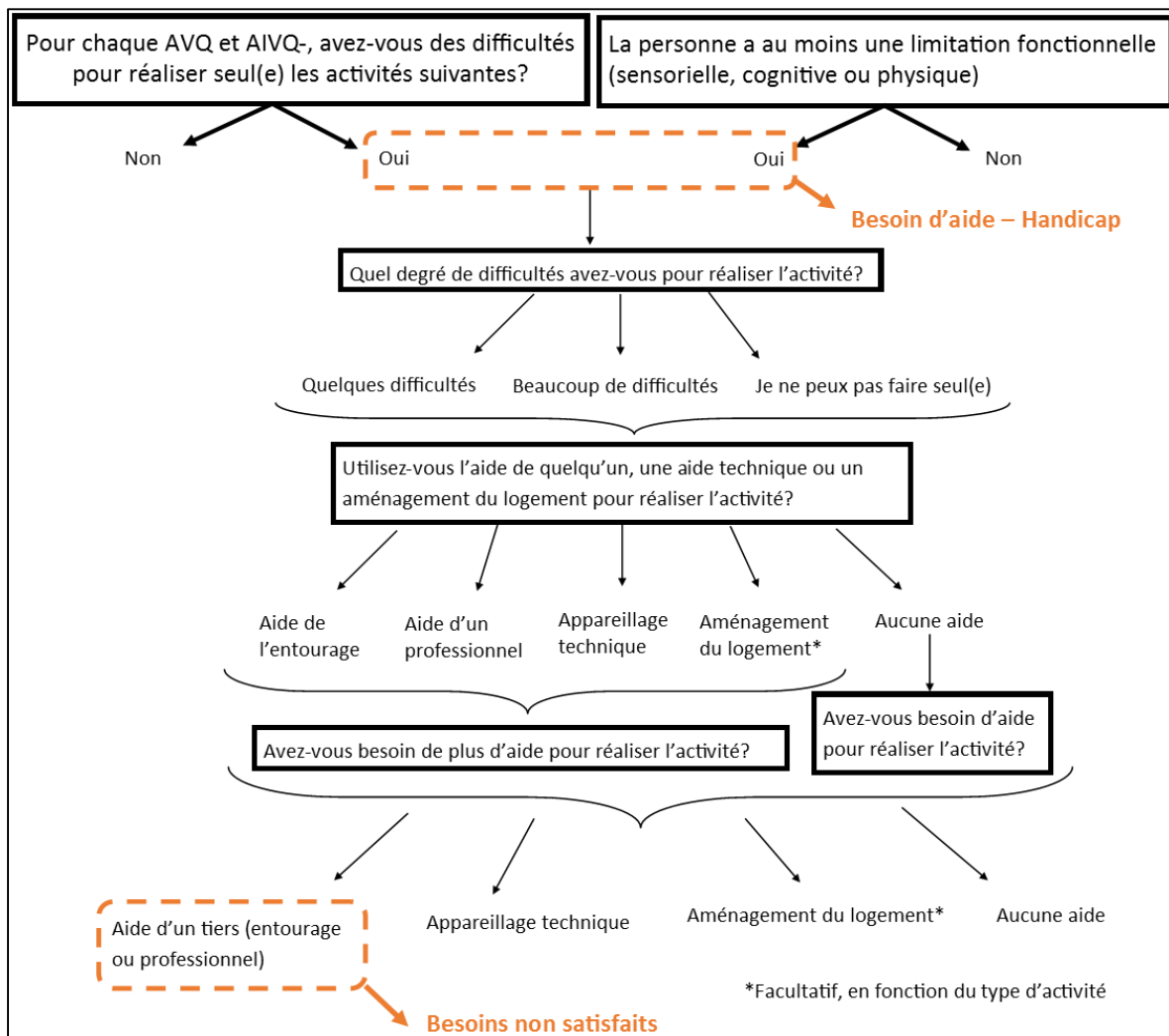


FIGURE 1: CONSTRUCTION DES VARIABLES DE BESOIN D'AIDE ET DE BESOINS D'AIDE NON SATISFAITS

2.3. Présentation de l'échantillon

CF Annexe 2

L'échantillon qui regroupe l'ensemble des personnes en situation de handicap est composé de plus de femmes (66.5%) que d'hommes (33.5%) et un tiers de cet échantillon a moins de 60 ans (d'où l'importance de ne pas se focaliser sur les personnes âgées uniquement). 66% des personnes de l'échantillon ont une reconnaissance administrative de leur handicap, perte d'autonomie ou affectation longue durée, cette reconnaissance est d'autant plus importante que le degré de handicap est grand.

Les personnes âgées de plus de 85 ans composent à 24% la population des personnes ayant un handicap lourd contre 3% pour celle ayant un handicap léger. Au total, presque 75% des personnes en situation de handicap lourd, ont plus de 60 ans. Les situations de handicap léger touchent davantage les jeunes adultes (touchent 46% des personnes âgées de 20 à 60 ans).

Les individus de l'échantillon déclarent davantage de difficultés à réaliser au moins une activité instrumentale de la vie quotidienne (AIVQ) (96.6%) que de difficultés à réaliser au moins une Activité de la vie quotidienne (AVQ) (33.5%). Les difficultés à réaliser les AVQ et les AIVQ sont fortement corrélées à la gravité du handicap. Les difficultés à réaliser au moins une AVQ touchent 8% des individus atteints de handicap léger, 30% des individus avec un handicap modéré et 53% des individus avec un handicap grave. Les individus ayant un handicap lourd sont ainsi les plus exposés aux difficultés liées à la réalisation d'au moins une AVQ. Ils représentent également le groupe où le cumul des difficultés entre les différentes AVQ est le plus fort. En effet, ils sont 20% à avoir des difficultés à réaliser deux ou trois AVQ et 17% à avoir des difficultés à réaliser entre 4 et 7 AIVQ. Ce cumul de difficultés est moins présent dans les autres groupes. On retrouve le même phénomène pour les AIVQ où plus de la moitié des individus présentant un handicap lourd ont des difficultés à réaliser au moins 5 AIVQ (concerne 20% des personnes avec handicap modéré et seulement 2% des personnes avec handicap léger). Les activités les plus difficiles à réaliser seuls sont les activités de la vie domestique (posent des difficultés à 77% de l'échantillon) puis les difficultés administratives (pour 45% de l'échantillon). Les activités posant le moins de difficultés sont relatives à la mobilité fonctionnelle et la prise de médicament.

Les limitations cognitives et physiques (légères ou graves) sont plus fréquentes (touchent 4/5 de notre échantillon) que les limitations sensorielles. Les difficultés fonctionnelles graves sont principalement des difficultés physiques (68% de l'échantillon, vs 31% pour difficultés cognitives et 27% pour difficultés sensorielles).

83% de l'échantillon est constitué de personnes inactives¹², 13% d'actifs en emploi et 4% de personnes déclarés comme chômeurs (inscrits ANPE). Plus le handicap est léger, plus la proportion d'actif occupé est importante et inversement. 92% des personnes atteintes de handicap lourd sont inactives. Les individus de l'échantillon sont majoritairement en couple (52%), cependant avec la hausse des limitations, ce rapport diminue tout en restant proche de la moyenne (45% de personnes atteintes de handicap lourd en couple). Les trois quarts des individus de notre échantillon habitent en communauté urbaine.

Au sein de l'échantillon, 63% des individus ont au moins un diplôme. On observe une corrélation négative entre l'obtention d'un diplôme et la gravité du handicap. 21% des individus ont un revenu mensuel moyen inférieur au seuil de pauvreté, c'est-à-dire, moins de 946€ par

¹² Etudiants, retraités, femmes ou hommes au foyer

mois¹³. Au total, presque 50% des individus ont un revenu mensuel moyen inférieur à 1500€, 30% ont un revenu entre 1501€ et 2500€ et 21% ont un revenu supérieur à 2500€ en moyenne par mois. Les personnes atteintes de handicap lourd connaissent des situations de précarité économique. En effet, 38.5% des personnes en situation de handicap léger ont un revenu mensuel inférieur à 1500€ alors que 54% des personnes atteintes de handicap lourd connaissent cette situation. De plus, par rapport aux personnes atteintes de handicap léger, on observe presque deux fois plus de personnes sous le seuil de pauvreté parmi les personnes atteintes de handicap lourd (15% pour les personnes atteintes de handicap léger vs 26%).

25% de la population déclare un état de santé subjectif bon voire très bon, 47% déclarent un état de santé assez bon, 21% déclarent un état de santé mauvais et 5.6% très mauvais. L'indicateur subjectif de santé est fortement corrélé à la gravité du handicap. Plus les personnes déclarent des limitations graves, moins elles déclarent un bon état de santé. Au sein des personnes atteintes de handicap léger, 48% déclarent un bon ou très bon état de santé, cette proportion tombe à 12.84% pour les personnes atteintes d'au moins deux limitations fonctionnelles graves.

2.4. Lien entre handicap, aide et besoin non satisfait

4.6 millions de personnes de plus de 20 ans en situation de handicap sont aidés régulièrement dans la réalisation de certaines une activité de la vie quotidienne ou une activité instrumentale de la vie quotidienne¹⁴. Le recours à l'aide (professionnelle ou par des proches) touche ainsi plus de 85% des personnes en situation de handicap. Les personnes qui ont un handicap léger recourent moins à l'aide que les personnes en situation de handicap modéré ou lourd. 86% des personnes ayant un handicap modéré sont aidées, et le plus souvent par une aide des proches uniquement (51%). 93% des personnes atteintes de handicap lourd sont aidées. Le recours à l'aide mixte augmente avec le degré de handicap.

Dans tous les cas, l'aide mixte et des proches sont majoritaires et l'aide uniquement professionnelle représente moins de 20% des aides. Tant que les individus ont moins de deux limitations graves, l'aide provenant des proches est largement majoritaire.

14% des personnes en situation de handicap ne reçoivent pas d'aide. Parmi l'ensemble des personnes qui ont un handicap lourd 7% ne sont pas aidés et ce taux atteint 14% pour les personnes atteintes de handicap modéré. Cela pose la question de la pertinence de la focalisation des politiques sur la question des aidants (au détriment de la politique de prise en charge de personnes fragiles).

Age>20ans (en %) en situation de handicap (aidants2bis)	Handicap léger		Handicap modéré		Handicap lourd		Ensemble (5,446,526)	
Aide prof uniquement	15.29		17.03		12.54		15.14	
Aide inf uniquement	53.47	72.13	51.35	86.06	43.92	92.82	49.19	85.74
Aide mixte	3.37		17.72		36.36		21.41	
Pas d'aide	27.87		13.90		7.17		14.26	
Total	100.00		100.00		100.00		100.00	

TABLEAU 4 – RECOURS A L'AIDE ET REPARTITION DE L'AIDE EN FONCTION DU DEGRE DE HANDICAP

¹³ Ce taux correspond au taux en vigueur en 2008. Taux de pauvreté monétaire= proportion des personnes ayant un niveau de vie inférieur au seuil de pauvreté (seuil à 60% du niveau de vie médian).

Référence : P Lombardo, J Pujol, Les niveaux de vie en 2008, INSEE, divisions et revenus et patrimoine, n°1311 –Septembre 2010

¹⁴ Rappelons que ces activités n'incluent pas les aides financières, matérielles ni le soutien moral

Au sein du regroupement d'activité que nous avons identifié, les individus rencontrent le plus de difficultés à réaliser les activités de la vie domestiques (77%) et le moins de difficultés à la mobilité fonctionnelle et la prise de médicament (touche 13% des individus).

Parmi les personnes qui ont des difficultés à réaliser les activités correspondantes, celles qui bénéficient le plus d'aide sont les personnes ayant des difficultés à faire les démarches administratives, à prendre les médicaments et à se déplacer. A l'inverse, les personnes déclarant avoir des difficultés à utiliser les moyens de communications sont celles qui un taux d'aide le plus faible (81%). Pour les autres activités (soins personnels, mobilité fonctionnelle et activité de la vie domestique), environ 8-9% des personnes ayant des difficultés à réaliser seuls une de ces 3 activités ne sont pas aidées.

Pour l'ensemble des 7 activités, les aidants proches interviennent plus que les aidants professionnels (écart de 40 points de %).

En fonction des types de difficultés que les personnes rencontrent, les configurations d'aide diffèrent. L'aide mixte est plus fréquente que l'aide professionnelle uniquement lorsque la personne connaît des difficultés de mobilité fonctionnelle et de prise de médicament (plus de 40 points de % d'écart entre les deux interventions). Par contre, l'utilisation d'aide professionnelle ou d'aide mixte est relativement proche en cas de difficulté à réaliser les activités de la vie quotidienne (écart de moins de 10 point de % entre intervention prof/ mixte). L'aide des proches est beaucoup plus fréquente que l'aide des professionnels lorsque la personne rencontre des difficultés dans les démarches administratives, la communication ou la mobilité fonctionnelle (écart de plus de 48 points de %). Pour finir, en ce qui concerne l'aide de l'entourage uniquement et l'aide mixte, les deux types d'interventions interviennent de manières quasi-similaires au niveau des soins personnels et de l'aide au déplacement. Par contre, l'aide aux activités de la vie domestique, aux démarches administratives et aux communications est faite de manière plus intensive par l'entourage uniquement (écart de plus de 18 points de % entre deux types d'intervention) et l'aide à la prise de médicament et à la mobilité fonctionnelle est plus importante avec l'aide mixte (écart de plus de 10 points de %).

L'utilisation d'aides techniques varie en fonction des activités. Les aides techniques englobent l'aménagement de l'habitat, les appareillages et appareils techniques. Ces aides sont utilisés pour l'aide aux soins personnels, à la mobilité fonctionnelle et aux déplacements. Pour les autres activités, l'utilisation de ces aides est quasi-inexistante (moins de 2% d'utilisation parmi les personnes qui ont des difficultés).

Les besoins d'aide non comblés les plus importants concernent l'aide pour les activités de la vie domestique et l'aide aux déplacements. Les besoins non satisfaits sont les plus faibles en ce qui concerne l'aide aux démarches administratives.

	N= 5 446 526	Parmi les personnes qui ont des difficultés ... (en pourcentage)						
Age>20ans (en %) HANDICAP N= 5 446 526	Difficultés	% de person es non aidées	% de person nes aidées	Aide prof unique ment	Aide de l'entourage uniquement	Aide mixte	Aide techn ique	Besoin d'aide insuffis ant
Soins personnels	31.42	8.16	91.84	10.47	44.99	44.54	12.91	25.31
Mobilité fonctionnelle	13.47	9.98	90.02	9.39	39.98	50.63	17.24	21.15
Activités de la vie domestique	77.47	8.52	91.48	19.40	51.29	29.31	1.24	34.06
Démarches administratives	44.86	2.33	97.67	7.54	55.70	36.76	0.20	3.99
Prise de médicaments	13.10	0.39	99.61	5.80	39.75	54.45	0.69	22.24
Déplacement	36.57	3.79	96.21	8.11	47.93	43.96	11.59	31.27
Communication	25.37	18.72	81.28	8.74	56.68	34.58	1.73	20.53

TABLEAU 5- RAPPORT DIFFICULTES, AIDE NON SUFFISANTE ET REPARTITION DE L'AIDE

2.5. Lien entre handicap, besoin, aide et bien-être

Enfin, nous analysons les effets de l'aide sur le bien-être des aidés en tenant compte des différentes configurations d'aide. Les typologies d'indicateurs de bien-être montrent la diversité des approches. Les catégories d'analyse et les ancrages théoriques qui sous-tendent la construction de ces indicateurs sont également loin d'être stabilisés et unifiés [Bleys B. (2011)], témoignant du fait que la définition du bien-être – qui repose sur des représentations et conventions – est une construction sociale et technique (Desrosières, 2005). Le bien-être comporte cependant différentes dimensions, subjectives et objectives, économiques et sociales. Les récents rapports de l'INSEE, de l'OCDE¹⁵, du CREDOC et le rapport Stiglitz-Sen-Fitoussi mettent en avant un certain nombre de conditions matérielles et d'indicateurs de qualité de vie qui contribueraient au bien-être (Annexe 3), nous avons sélectionné les 5 dimensions qui nous paraissent pertinentes pour l'étude : le revenu ; l'emploi ; la participation sociale ; la participation citoyenne et la santé subjective.

Pour le revenu et l'emploi, nous utilisons respectivement la variable de revenu mensuel du ménage (incluant les revenus d'activité, les indemnités chômage et autres allocations, les pensions de retraites et d'invalidité et les autres actifs financiers) et celle de situation d'emploi (actif occupé vs chômeur ou inactif).

La participation citoyenne s'illustre par quatre actions : le fait d'avoir voté aux dernières élections présidentielles ou législatives ; le fait de participer à des associations qui ont une activité syndicale ou politique, d'avoir une activité bénévole et le fait de participer à des réunions de groupes hors associations (réunions copropriétés, de quartiers...). L'indice de participation citoyenne a été calculé en sommant les situations positives issues de ces 4 indicateurs binaires (où 0 correspond à la non-participation et 1 à la participation).

Concernant la dimension de participation sociale, nous avons créé un indice de densité des pratiques sociales en sommant les situations positives issues de 13 indicateurs. Ces indicateurs, présentés au tableau 6, sont construits sous le modèle suivant : 0 « Ne participe pas à l'activité »

¹⁵ Mesurer le bien-être et le progrès des sociétés est l'un des principaux objectifs que poursuit l'OCDE dans le cadre de l'initiative du vivre mieux. L'OCDE poursuit un programme dans le but de développer de meilleures mesures de bien-être et fournit également des analyses afin de combler le fossé entre les mesures existantes de bien-être et la mise en œuvre des politiques.
OCDE, Initiative du vivre mieux : mesurer le bien-être et le progrès – OECD Better Life Index

1 « Rarement ou occasionnellement » 2 « Participe à l'activité –dont l'intensité dépend de la nature des activités ».

Variables présentes dans l'indicateur de loisirs	
Partir en vacances	Pratiques sociales diverses
A pratiqué au cours des 12 derniers mois, une activité sportive (que ce soit dans le cadre d'une association ou non, inclus randonnées, marche sportive, danse)	
A fait de la couture, du tricot ou de la broderie au cours des 12 derniers mois, (en dehors du raccommodage et petits travaux)	
A fait du bricolage ou jardinage au cours des 12 derniers mois (en dehors des petits travaux et réparations)	
A pratiqué au cours des 12 derniers mois, une activité artistique (dans le cadre d'une association ou non : musique, peinture, théâtre, dessin, photo)	
Repas entre amis ou en famille (inviter ou être invité)	Pratiques de sociabilité
Pratique d'activités en société (jeux de société, loto en groupe, aller au café...)	
Participation à un club du 3ème âge ou autre association pour PA	
Visite d'une exposition ou d'un musée au cours des 12 derniers mois	Pratiques culturelles
Est allé au cinéma au cours des 12 derniers mois	
Est allé au concert à un spectacle musical au cours des 12 derniers mois	
A écouté de la musique au cours des 12 derniers mois	
Lecture au cours des 12 derniers mois, en dehors des obligations professionnelles ou scolaires	

TABLEAU 6 VARIABLES PRESENTES DANS L'INDICE DE DENSITE DES PRATIQUES SOCIALES

Nous complétons ces différentes dimensions avec une dimension subjective du bien-être. Celui-ci est appréhendé de deux manières. D'une part, un indicateur de santé perçue permet d'apprécier si les personnes se sentent en très bonne, bonne, assez bonne ou mauvaise santé. D'autre part, les personnes étaient interrogées sur leurs sentiments au cours des 4 dernières semaines : s'ils se sont sentis heureux, dynamique, triste et abattu, découragé. Nous avons créées des scores à partir des différentes réponses de façon à pouvoir additionner les 4 questions et créer un indicateur synthétique qui reflète l'état émotionnel des personnes au cours des 4 dernières semaines. Les personnes obtenant un score entre 0 et 4 ont des sentiments principalement négatifs, les personnes obtenant un score entre 5 et 8 ont des sentiments plutôt négatifs, celles ayant un score entre 9 et 11 ont des sentiments plutôt positifs et celles ayant un score entre 12 et 16 ont des sentiments très positifs.

Les principaux résultats du lien entre handicap et bien-être, présentés ci-dessous, se reportent au tableau de l'annexe 4.

Les hommes et les femmes âgés entre 40 et 59 ans sont davantage en emploi lorsqu'ils ne reçoivent pas d'aide (environ 50%) que lorsqu'ils ont une aide (taux d'emploi autour de 30%).

Quel que soit l'âge ou le sexe, la majorité des individus qui ne reçoivent pas d'aide participent à des loisirs. Les femmes participent plus aux loisirs et activités sociales que les hommes quel que soit l'âge. Parmi les personnes qui reçoivent de l'aide, la participation aux loisirs décroît avec l'avancée en âge, quel que soit le sexe. Les personnes sans aides participent davantage aux loisirs et à la vie sociale que les personnes qui bénéficient d'aide (sauf pour les hommes âgés entre 20 et 39 ans) et l'écart est le plus important chez les personnes âgées de plus de 85 ans (écart de 40 points de pourcentage pour les femmes et de 33 pour les hommes).

Quel que soit l'âge, le sexe et la configuration d'aide, plus de 60% des personnes participent aux activités citoyenne, sauf les hommes âgés entre 20 et 39 ans (dont le taux de participation citoyenne est à seulement 38%). Quel que soit la configuration d'aide, les femmes entre 20 et 84 ans participent plus aux activités de la vie citoyenne que les hommes, mais à partir de 85 ans, la relation s'inverse (les hommes ont un taux de participation supérieur). Les personnes sans aides participent davantage aux activités citoyennes que les personnes bénéficiant d'aide (surtout chez les femmes et homme de plus de 85 ans et les hommes entre 20 et 39 ans). Les femmes non aidées entre 20 et 84 ans et les hommes non aidés de plus de 85 ans sont les personnes qui participent le plus aux activités citoyennes. Les taux de participation aux activités citoyennes des femmes aidées entre 20 et 84 ans sont proches de ceux des hommes non aidés des mêmes catégories d'âge.

Les personnes qui se déclarent en meilleure santé par classe d'âge sont les hommes bénéficiant d'aide entre 20 et 39 ans, les hommes sans aide entre 40 et 59 ans puis les femmes sans aide de plus de 60 ans. Les personnes non aidées se déclarent en meilleure santé (bon à très bon état de santé) que les personnes bénéficiant d'aide (sauf pour les hommes entre 20 et 39 ans et les hommes de plus de 85ans). Les femmes sans aides se déclarent en meilleure santé que les hommes sans aide (sauf pour les hommes entre 40 et 59 ans où la déclaration est semblable). Avant 85 ans, les femmes aidées se déclarent en moins bonne santé que les hommes aidés. Après 85 ans, ce sont les hommes aidés qui déclarent un meilleur état de santé.

Les personnes sans aides déclarent plus de sentiments positifs que les personnes avec aides, quel que soit le sexe (surtout chez les hommes de 20 à 39 ans et de plus de 85 ans avec un écart de 42 points de pourcentage). Les personnes déclarant le plus de sentiments positifs sont les hommes non aidés, sauf pour la catégorie d'âge entre 40 et 59 ans où ce sont les femmes non aidées qui ont le plus de sentiments positifs. La déclaration de sentiments positifs a tendance à être corrélé négativement avec l'âge, sauf pour les hommes sans aides pour qui on observe une fonction en U avec 95% de personnes ayant des sentiments positifs entre 20 et 39 ans, 47% entre 40 et 59 ans (ce qui correspond au point le plus bas) puis on remonte à 81% pour les plus de 85 ans. Les hommes avec aide ont moins de sentiments positifs que les femmes avec aide. Les hommes sans aide entre 20 et 39 ans et de plus de 60 ans ont plus sentiments positifs que les femmes sans aide.

3- Modèle

3.1. Cadre conceptuel (Andersen et Newman)

Afin de modéliser le recours aux aides, nous nous basons sur le modèle comportemental d'Andersen et Newman (Andersen, 1995; Andersen et Aday 1978 ; Andersen et Newman 1973, 1981). Ce modèle a été conçu pour prédire l'utilisation de services de santé (et comprendre les écarts existants entre les besoins de la population et l'utilisation des ressources disponibles). Il tient compte des déterminants sociaux et des caractéristiques du système de santé. En effet, les déterminants individuels de l'utilisation des services de santé vont être influencés à la fois par les normes sociales et les technologies médicales ainsi que par l'organisation et la structure du système de fourniture de soins (figure 2).

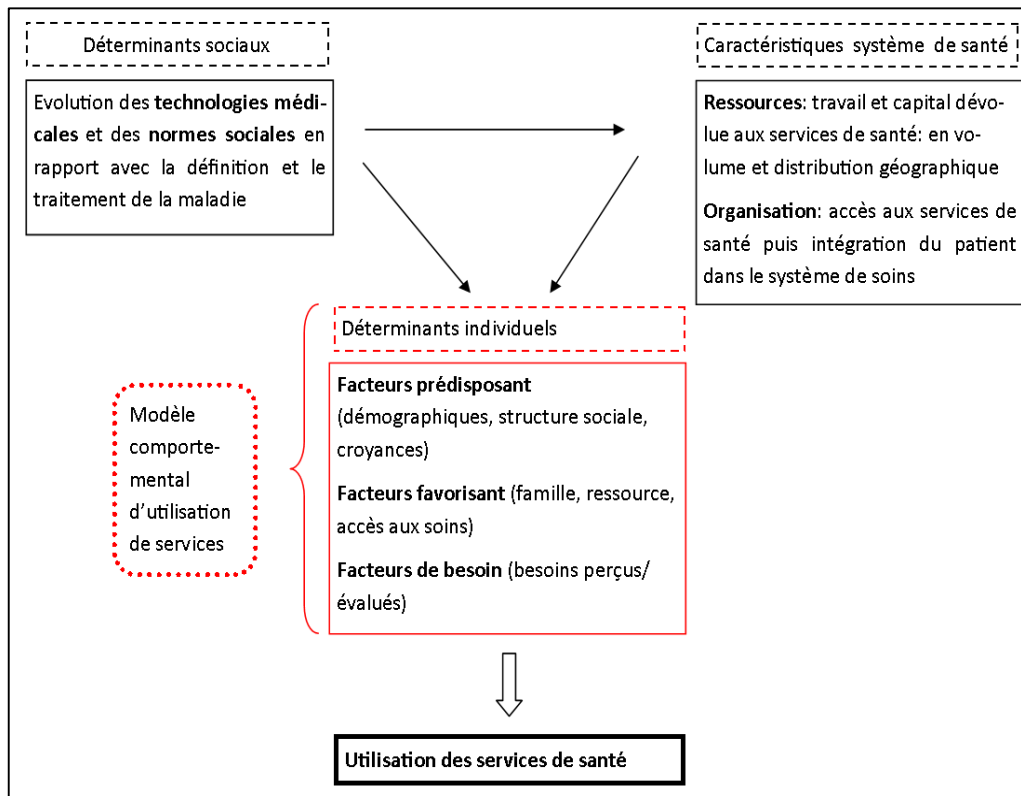


FIGURE 2 DETERMINANT DE L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTE

Les déterminants individuels se décomposent en 3 facteurs : les facteurs prédisposant, les facteurs facilitant, les facteurs de besoin (Andersen, Newman, 2005)

Les facteurs prédisposant rassemblent les caractéristiques individuelles des individus jouant sur la propension à demander/utiliser de l'aide. Autrement dit, il s'agit de la prédisposition de chaque individu à utiliser les soins ou les services. Les études précédentes sur l'utilisation des services par les personnes âgées de plus de 60 ans, retiennent comme facteurs prédisposant, le sexe, l'âge et la détention ou non de diplôme (Davin, 2006, 2009). Pour notre étude, nous ajouterons également les données relatives à l'environnement familial/amical et la situation principale vis-à-vis de l'emploi.

Les facteurs favorisant rassemblent les ressources sociales, matérielles ou financières qui encouragent ou freinent l'utilisation ou le besoin de service. Autrement dit, il s'agit des moyens mis en œuvre pour que les individus puissent utiliser des services de santé. L'étude de Davin et alii sur l'utilisation des services par les personnes âgées retient comme facteurs favorisant le statut du ménage (si la personne vit seule, en couple ou avec une autre personne que son conjoint), le revenu par unité de consommation et le milieu de vie rural ou urbain (qui est un marqueur de l'offre collective de services et de professionnels disponibles, les organismes et réseaux d'aide étant plus nombreux et développés dans les zones urbaines de taille importante) et le réseau de proches potentiellement disponible (Davin et alii, 2009). Pour notre étude, nous ajouterons les données relatives aux dispositifs qui soutiennent le revenu et aux régions. Du fait d'un manque de données, nous n'avons pas pu intégrer de variable sur le prix des services, le temps d'attente pour accéder aux services ou encore leur disponibilités géographiques.

Les facteurs de besoin traduisent les besoins perçus et évalués des individus et sont la cause immédiate la plus importante à l'utilisation des services. Les études de Davin et alii retiennent comme facteurs de besoin les types de déficiences, l'exonération totale ou partielle des frais de soins non couverts par la sécurité sociale accordée aux personnes souffrant

d'affections chroniques (Davin, 2006, 2009) et le nombre de difficultés d'aide pour les AVQ et IAVQ (Davin et alii, 2009). Pour notre étude, nous reprendrons également les types de déficiences et le nombre de déficiences et nous ajouterons des données sur la reconnaissance du handicap/maladies chroniques/ALD/perde d'autonomie et l'état de santé subjectif général de la personne.

3.2. Modèle : méthode et estimation

Nous estimons un modèle joint de recours aux différents types d'aide et de bien-être. Nous recourons pour cela à plusieurs mesures du bien-être, à savoir l'indice déclaré de santé subjective, les besoins déclarés d'aide non satisfaits, le revenu du ménage, la participation sociale et enfin l'emploi. Nous distinguons d'autre part, le recours à l'aide des proches, le recours à l'aide des professionnels et le recours à l'aide mixte. Comme les mesures de bien-être sont retranscrites par des variables de types différents (binaires, catégorielles ordonnées, continues), nous précisons dans les lignes qui suivent les différents modèles estimés et leurs conditions d'identification.

Les modèles consistent en deux ou trois blocs d'équations, chacun contenant un ou plusieurs termes d'erreur que nous supposons être corrélés entre eux.

La première équation décrit le recours à l'aide des proches et est modélisée par un probit.

$$Aide_proches_i = \begin{cases} 0, & \text{si } Aide_proches_i^* < 0 \\ 1, & \text{si } Aide_proches_i^* \geq 0 \end{cases}, \quad \text{où } Aide_proches_i^* = X_{apc,i} \cdot \beta_{apc} + \varepsilon_{apc,i}.$$

La deuxième équation décrit le recours à l'aide des professionnels et est, elle aussi, modélisée par un probit.

$$Aide_prof_i = \begin{cases} 0, & \text{si } Aide_prof_i^* < 0 \\ 1, & \text{si } Aide_prof_i^* \geq 0 \end{cases}, \quad \text{où } Aide_prof_i^* = X_{apf,i} \cdot \beta_{apf} + \varepsilon_{apf,i}.$$

Le premier modèle estime les deux premières équations par un probit bivarié en supposant les termes d'erreur corrélés tels que $\begin{Bmatrix} \varepsilon_{apc,i} \\ \varepsilon_{apf,i} \end{Bmatrix} | X \rightarrow N \left\{ \begin{pmatrix} 0 \\ 0 \end{pmatrix}, \begin{pmatrix} 1 & \sigma_{apc,apf} \\ \sigma_{apc,apf} & 1 \end{pmatrix} \right\}$

Les modèles suivants ajoutent une troisième équation.

Dans le second modèle, la troisième équation décrit le niveau de santé déclaré par les individus. Les personnes déclarent être en très bonne (3), bonne (2), assez bonne (1) ou mauvaise (0) santé. La troisième équation est donc modélisée avec un probit ordonné.

$$Santé_sub_i = \begin{cases} 0, & \text{si } Santé_sub_i^* < \alpha_1 \\ 1, & \text{si } \alpha_1 \leq Santé_sub_i^* < \alpha_2 \\ 2, & \text{si } \alpha_2 \leq Santé_sub_i^* < \alpha_3 \\ 3, & \text{si } \alpha_3 \leq Santé_sub_i^* < \alpha_4 \end{cases}, \quad \text{où } Santé_sub_i^* = X_{s,i} \cdot \beta_s + \varepsilon_{s,i}.$$

Dans le troisième modèle, la troisième équation décompte les besoins d'aide non satisfaits dans l'ensemble des 19 activités recensées.

$$BNS_i = X_{B,i} \cdot \beta_B + \varepsilon_{B,i}$$

Dans le quatrième modèle, la troisième équation exprime la participation sociale. Elle recense le nombre d'activités pratiquées parmi les 13 recensées en comptabilisant deux fois les activités fréquemment pratiquées.

$$PSOC_i = X_{SO,i} \cdot \beta_{SO} + \varepsilon_{SO,i}$$

Dans le cinquième modèle, la troisième équation exprime le revenu mensuel du ménage exprimé en 12 tranches. La troisième équation est donc modélisée avec un probit ordonné.

$$RUC_i = k, \quad \text{si } \alpha_{k+1} \leq RUC_i^* < \alpha_k, \quad \text{avec } k = \{1,2,3, \dots, 12\} \text{ et } RUC_i^* = X_{R,i} \cdot \beta_R + \varepsilon_{R,i}.$$

Enfin, le sixième modèle estime conjointement le recours aux aides et l'emploi pour les seules personnes en situation de handicap et âgées de 20 à 59 ans. La troisième équation exprime dès lors la probabilité d'être en emploi. Elle est modélisée par un probit

$$Emploi_i = \begin{cases} 0, & \text{si } Emploi_i^* < 0 \\ 1, & \text{si } Emploi_i^* \geq 0 \end{cases}, \quad \text{où } Emploi_i^* = X_{E,i} \cdot \beta_E + \varepsilon_{E,i}.$$

En supposant tous les termes d'erreur de chaque modèle corrélés, la loi suivie par ces termes d'erreur devient, dans le deuxième, le cinquième et le sixième modèles :

$$\begin{pmatrix} \varepsilon_{apc,i} \\ \varepsilon_{apf,i} \\ \varepsilon_{J,i} \end{pmatrix} | X \rightarrow N \left\{ \begin{pmatrix} 0 \\ 0 \\ 0 \end{pmatrix}, \begin{pmatrix} 1 & \sigma_{apc,apf} & \sigma_{apc,J} \\ \sigma_{apc,apf} & 1 & \sigma_{apf,J} \\ \sigma_{apc,J} & \sigma_{apf,J} & 1 \end{pmatrix} \right\} \text{ avec } J = \{S, E\}$$

Dans les troisième, quatrième et sixième modèles, elle devient :

$$\begin{pmatrix} \varepsilon_{apc,i} \\ \varepsilon_{apf,i} \\ \varepsilon_{J,i} \end{pmatrix} | X \rightarrow N \left\{ \begin{pmatrix} 0 \\ 0 \\ 0 \end{pmatrix}, \begin{pmatrix} 1 & \sigma_{apc,apf} & \sigma_{apc,J} \\ \sigma_{apc,apf} & 1 & \sigma_{apf,J} \\ \sigma_{apc,J} & \sigma_{apf,J} & \sigma_J^2 \end{pmatrix} \right\} \text{ avec } J = \{B, R, SO, CI\}$$

Nous estimons ces modèles par Simulated Maximum Likelihood, en utilisant la méthode GHK pour calculer des probabilités conjointes d'ordre supérieur à deux.

La stratégie d'identification repose sur les restrictions d'exclusion. Ainsi, pour l'équation du recours à l'aide des proches, nous utilisons la fréquence des visites de la famille et des amis, le nombre de frères et sœurs et d'enfants ainsi que le pourcentage de filles parmi les enfants. Pour l'équation du recours à l'aide des professionnels, nous utilisons d'une part le sexe et diplôme, d'autre part le nombre de frères et sœurs et d'enfants et enfin la reconnaissance officielle du handicap et son soutien financier.

4- Résultats

Le tableau 7 reporte les résultats obtenus pour les modèles 1 et 2, à savoir les déterminants de l'aide en général puis les déterminants de l'aide en distinguant l'aide des proches et l'aide des professionnels. Le tableau 8 reporte les dernières étapes des modèles 3 à 6, à savoir l'équation de besoins non satisfaits, l'équation de revenu, l'équation de participation sociale et celle de santé subjective. Les étapes qui les précèdent, à savoir le recours à une aide des proches et/ou à une aide des professionnels, sont très semblables dans les résultats à ceux présentés dans le tableau 7 et ne sont pas reproduit¹⁶. Le tableau 9 reporte les résultats d'estimation du modèle 7 qui relie la probabilité d'être en emploi aux différents types d'aide pour les personnes âgées de moins de 60 ans.

Tableau 7 : Le recours aux aides

	Probit		Bi-Probit (Modèle 1)			
	aide		aide des proches		aide des professionnels	
	coef.	p-value	coef.	p-value	coef.	p-value
classe d'âge (40-59 ans en réf.)						
20-39 ans	0,2228	0,022	0,2470	0,003	-0,0045	0,956
60-79 ans	0,4079	0	0,1057	0,06	0,5082	0
80 ans et plus	0,9744	0	0,3056	0	0,9997	0
femme	0,1947	0	0,0188	0,651	0,3341	0
diplôme (sans en réf.)						
CEP	-0,1223	0,065	-0,1756	0,001	0,1294	0,005
BEPC	-0,2300	0,019	-0,3408	0	0,2691	0
CAP-BEP	-0,2779	0	-0,3551	0	0,1775	0,001
BAC	-0,3484	0,001	-0,5221	0	0,4120	0
bac +2	-0,3586	0,005	-0,5688	0	0,4295	0
sup bac+2	-0,0837	0,617	-0,4037	0,001	0,5993	0
3ème cycle univ ou gde ecole	-0,1685	0,348	-0,4893	0	0,6888	0
nationalité (français en réf.)						
Europe	-0,1113	0,471	-0,0582	0,651	-0,0641	0,577
Afrique	0,0654	0,684	0,0553	0,704	-0,0481	0,709
Autre	0,0681	0,757	0,2775	0,212	-0,5192	0,018
nb de frères et sœurs (aucun en réf.)						
1	-0,1347	0,105	-0,0051	0,936	-0,1639	0,006
2	-0,0893	0,316	0,0533	0,438	-0,1445	0,022
3	-0,1179	0,222	0,0379	0,619	-0,2195	0,002
4 et plus	-0,0543	0,532	0,0925	0,167	-0,1935	0,002
pourcentage de sœurs	0,1216	0,092	-0,0118	0,839	0,0418	0,446
nb d'enfants (sans en réf.)						
1	-0,1151	0,181	0,0063	0,926	0,0455	0,486
2	-0,1972	0,019	-0,0957	0,153	0,0217	0,737

¹⁶ Ils seront disponibles sur demande

3	-0,1874	0,036	-0,1021	0,151	0,0928	0,175
4 et plus	-0,1943	0,035	-0,0115	0,875	-0,0117	0,862
pourcentage de filles	0,1186	0,102	0,1374	0,018	-0,0834	0,116
type de ménage (pers. seule en réf.)						
famille monoparentale	0,2860	0,001	0,5904	0	-0,5917	0
couple sans enfant	0,3234	0	0,6841	0	-0,5549	0
couple avec au moins un enfant	0,4512	0	0,8073	0	-0,8534	0
autre type de ménage	0,5190	0	0,7394	0	-0,7205	0
visite de la famille (aucune en réf.)						
une par an	0,2277	0,069	0,1068	0,257		
une par mois	0,2588	0,095	0,1861	0,11		
plus d'une par mois	0,3583	0,018	0,3046	0,008		
une par semaine	0,3416	0,018	0,4141	0		
une par jour	0,4464	0,002	0,6669	0		
effectif de la famille (sans en réf.)						
de 1 à 3	0,0295	0,787	0,1350	0,108	-0,0183	0,755
4 ou plus	0,0579	0,61	0,1993	0,023	-0,0522	0,381
visite des amis (aucune en réf.)						
une par an	0,1123	0,234	0,0914	0,198		
une par mois	-0,0171	0,803	-0,0321	0,54		
une par semaine	0,0778	0,225	0,0356	0,472		
déficiência motrice	-0,0870	0,237	-0,0803	0,174	0,1312	0,018
déficiência visuelle	0,0083	0,898	-0,0561	0,277	0,0220	0,642
déficiência auditive	-0,0730	0,2	-0,0361	0,417	-0,1597	0
déficiência verbale	0,0619	0,496	-0,0094	0,884	0,1110	0,043
déficiência cognitive	-0,0172	0,78	0,0632	0,199	-0,0781	0,084
nb def sensoriel moyen	0,0280	0,544	0,0153	0,67	0,0344	0,278
nb def sensoriel fort	0,1325	0,006	0,1530	0	0,0395	0,191
nb def physique moyen	0,1545	0	0,1029	0	0,1071	0
nb def physique fort	0,2783	0	0,1714	0	0,2130	0
nb def cognitif faible	0,0197	0,222	0,0243	0,056	0,0291	0,011
nb def cognitif moyen	0,0685	0,003	0,0660	0	0,0340	0,006
nb de maladies	-0,0239	0,047	-0,0103	0,28	0,0089	0,315
nb de déficiences	0,0381	0,023	0,0272	0,039	0,0138	0,199
déficiência acc du travail	-0,1775	0,001	-0,0542	0,225	-0,1921	0
déficiência acc de la vie courante	-0,1917	0,002	-0,1872	0	0,0048	0,918
déficiência acc de la route	0,1314	0,023	0,1289	0,006	-0,0330	0,443
déficiência liée à une maladie	0,2576	0	0,2842	0	0,0289	0,441
handicap reconnu officiellement	0,2460	0	0,1537	0	0,1506	0
prestation monétaire	0,3924	0	0,0219	0,713	0,6795	0
alloc. ou pension d'invalidité	0,0640	0,34	0,0738	0,18	0,0134	0,797
sous tutelle	0,8043	0	-0,3846	0	0,7471	0
zone rurale	0,1347	0,024	0,1249	0,009	-0,1052	0,016
constante	-0,2740	0,128	-0,7122	0	-1,1905	0
rho			-0,4005	0		
Nb observations		7281		7281		7281

Le tableau 7 met en évidence que la modélisation simultanée du recours aux deux types d'aides (par les proches et les professionnels) permet de mieux préciser le recours aux aides. Les résultats portant sur la probabilité d'avoir une aide lorsque l'on est en situation de handicap et âgé de 20 ans ou plus montrent que les femmes sont globalement plus aidées que les hommes, que les personnes âgées entre 40 et 59 ans sont moins aidées que celles de moins de 40 ans et de celles de plus de 60 ans et enfin les personnes sans diplôme sont plus aidées que celles ayant des diplômes intermédiaires.

La nationalité, la région d'habitation, tout comme le nombre de frères et sœurs, le nombre de membres de la famille, la fréquence à laquelle les personnes handicapées voient leurs amis et le type de déficience (motrice, visuelle, cognitive, etc.) ne semblent pas avoir d'effets sur la probabilité d'obtenir une aide.

Cependant, la probabilité de recevoir une aide est fortement liée à la structure du ménage et positivement reliée à la fréquence de visite de la famille. Les personnes seules sont les moins aidées. De plus, le fait d'habiter en zone rurale impacte positivement le recours à l'aide.

L'origine et la lourdeur du handicap conditionnent aussi fortement l'aide. Ceux qui ont de nombreux et lourds problèmes physiques sont les plus aidés, ensuite ceux qui ont des déficits sensoriels sévères et enfin ceux qui ont des problèmes cognitifs importants. Si le handicap fait suite à un accident de la route ou plus encore à une maladie, alors la probabilité d'obtenir une aide est importante contrairement au fait qu'il provienne d'un accident du travail ou de la vie courante.

Enfin, les personnes dont le handicap est officiellement reconnu et/ou compensé en termes de revenu ainsi que celles sous tutelle sont globalement plus aidées que celles pour lesquelles il n'y a pas de reconnaissance officielle.

Ces premiers résultats sont à nuancer en fonction de ceux obtenus pour le modèle bi-probit distinguant la probabilité de recevoir une aide formelle de celle de recevoir une aide informelle.

Si l'aide professionnelle semble s'adresser principalement aux personnes de 60 ans et plus, l'aide informelle concerne tout autant les moins de 40 ans de sorte que les personnes de 40 à 59 ans sont relativement moins aidées. La plus grande probabilité d'être aidé observée pour les femmes s'explique par le fait qu'elles ont une plus grande probabilité d'obtenir une aide formelle. Enfin, alors que la probabilité d'obtenir une aide professionnelle augmente avec le niveau de diplôme (et très certainement avec le revenu associé), la probabilité d'obtenir une aide de l'entourage est plus forte pour les peu ou pas diplômés.

Si le nombre d'enfants n'influence pas la probabilité d'avoir une aide (provenant de proches ou de professionnels), le nombre de frères et sœurs influence négativement la probabilité d'obtenir une aide professionnelle alors que le fait d'avoir plus de filles que de garçons influence positivement le fait d'avoir une aide de l'entourage. La taille et la fréquence de visite de la famille augmentent aussi la probabilité d'avoir une aide de proches sans avoir d'impact sur l'aide professionnelle. Le fait de ne pas vivre seul augmente la probabilité d'avoir recours à l'aide d'un proche et diminue la probabilité d'avoir recours à l'aide de professionnels. Ainsi, si la structure du ménage conditionne l'aide informelle précisant ainsi que cette aide vient principalement de la cellule familiale très proche de la personne en situation de handicap, le nombre de frères et sœurs tout comme le nombre d'enfants n'expliquent pas un plus grand soutien des proches alors même qu'ils diminuent la probabilité d'obtenir une aide professionnelle.

Si les personnes ayant une déficience motrice ou verbale bénéficient plus d'une aide professionnelle que les autres et beaucoup plus que celles ayant une déficience auditive, on retrouve le résultat selon lequel les personnes souffrant de nombreux et lourds problèmes physiques cumulent à la fois plus d'aide des proches et des professionnels que les autres, devant les personnes souffrant de nombreux problèmes cognitifs, et bien devant ceux ayant de nombreux problèmes sensoriels.

Les personnes ayant eu un accident de la route ou une maladie ayant occasionné le handicap sont toutes choses égales plus aidées par leurs proches que les personnes ayant un handicap provenant d'une autre origine. De la même manière, les personnes ayant eu un accident de la route ayant occasionné le handicap sont moins aidées par les professionnels. Enfin, si les personnes sous tutelle bénéficient plus d'une aide professionnelle, elles bénéficient à l'inverse moins d'aide de l'entourage.

Pour finir, le fait d'habiter en zone rurale joue positivement sur le recours à l'aide des proches et négativement sur le recours à l'aide de professionnels.

Pour préciser plus encore le lien entre aide professionnelle et aide des proches, il convient de retenir que le coefficient de corrélation entre les termes d'erreur des deux équations du probit bivarié est négatif et significatif. Ainsi, les caractéristiques inobservables qui contribuent à augmenter le recours à l'aide des proches contribuent à diminuer le recours à l'aide des professionnels. Ce résultat semble indiquer que les deux types d'aides ne sont pas complémentaires mais au contraire, assez fortement substituables.

Ces résultats étant mis en avant, il convient de préciser le rôle de l'aide sur le niveau de santé des personnes en situation de handicap, sur l'emploi, le revenu, les besoins non satisfaits et sur la participation sociale.

Tableau 8 : L'effet des aides sur le bien-être

	Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle 5	
	santé subjective		besoins non satisfaits		participation sociale		Revenus mensuels	
	coef.	p-value	coef.	p-value	coef.	p-value	coef.	p-value
classe d'âge (40-59 ans en réf.)								
20-39 ans	0,3385	0	0,1041	0,166	1,4534	0	0,1406	0,009
60-79 ans	-0,1603	0	0,2438	0	-0,8910	0	0,2064	0
80 ans et plus	-0,2290	0	0,5676	0	-1,4182	0	0,3775	0
femme	-0,0240	0,43	0,1587	0	0,7792	0	-0,0133	0,702
diplôme (sans en réf.)								
CEP			-0,0985	0,047	0,3516	0,005	0,1919	0
BEPC			-0,1285	0,116	1,5209	0	0,5245	0
CAP-BEP			-0,1515	0,008	1,3365	0	0,4213	0
BAC			-0,1354	0,141	2,8775	0	0,8462	0
bac +2			-0,1700	0,164	4,7392	0	0,9459	0
sup bac+2			0,0620	0,652	3,9943	0	1,4463	0
3ème cycle univ ou gde ecole			-0,0565	0,699	3,7791	0	1,4902	0
nationalité (français en réf.)								
Europe	-0,0765	0,378	0,0673	0,584	-0,2224	0,461	-0,1829	0,037
Afrique	-0,2465	0,005	0,4254	0	-1,3655	0	-0,6682	0
Autre	-0,0503	0,706	0,1851	0,327	-1,1553	0,013	-0,4354	0,001
nb de frères et sœurs (aucun en réf.)								
1	0,0946	0,038			0,3395	0,033		
2	0,1014	0,036			0,7480	0		
3	0,0495	0,36			0,3964	0,035		
4 et plus	0,0134	0,778			0,0984	0,551		
pourcentage de sœurs	-0,0431	0,294			-0,2572	0,073		
nb d'enfants (sans en réf.)								
1	-0,1681	0			-0,3695	0,032	-0,0175	0,718
2	-0,0994	0,022			-0,1458	0,383	-0,0474	0,316
3	-0,0952	0,043			-0,1313	0,462	-0,0921	0,068
4 et plus	-0,1604	0,001			-0,3406	0,052	-0,2274	0
pourcentage de filles					0,4107	0,004	0,0137	0,736
type de ménage (pers. seule en réf.)								
famille monoparentale	-0,0762	0,208	0,1909	0,007	0,0208	0,918	1,2461	0
couple sans enfant	-0,1346	0,006	0,2904	0	0,4570	0,004	1,4829	0
couple avec au moins un enfant	0,0297	0,639	0,2697	0	0,8644	0	2,0773	0
autre type de ménage	0,0609	0,329	0,1670	0,017	0,2993	0,145	2,0040	0
visite de la famille (aucune en réf.)								
une par an	0,0651	0,391	-0,0321	0,767	1,0172	0		

une par mois	0,0513	0,578	-0,0193	0,883	0,6026	0,066		
plus d'une par mois	0,0946	0,299	0,1598	0,213	0,8945	0,005		
une par semaine	0,0256	0,771	0,1973	0,107	0,7666	0,013		
une par jour	0,0636	0,483	0,3604	0,003	0,8079	0,009		
effectif de la famille (sans en réf.)								
de 1 à 3	-0,0039	0,952	0,0602	0,519	0,6103	0,008	0,1323	0,003
4 ou plus	0,1219	0,073	-0,0471	0,624	10,5298	0	0,3057	0
visite des amis (aucune en réf.)								
une par an	0,1398	0,003	0,1547	0,023	0,4804	0,005		
une par mois	0,1667	0	0,0204	0,695	1,6472	0		
une par semaine	0,1684	0	0,0796	0,096	20,2570	0		
déficience motrice	-0,2235	0	0,1022	0,077	-0,2524	0,078	0,0053	0,897
déficience visuelle	-0,0005	0,988	-0,0844	0,093	0,1726	0,161	0,0621	0,076
déficience auditive	0,1410	0	-0,1478	0,001	0,1286	0,238	0,0528	0,097
déficience verbale	0,0507	0,218	0,1016	0,081	0,2021	0,159	0,0504	0,223
déficience cognitive	-0,0108	0,754	0,0503	0,302	-0,0966	0,421	-0,0080	0,815
nb def sensoriel moyen	-0,0346	0,148	0,1245	0	-0,3419	0	-0,0624	0,009
nb def sensoriel fort	0,0050	0,827	0,2133	0	-0,2844	0	-0,0145	0,521
nb def physique moyen	-0,1768	0	0,2200	0	-0,3891	0	-0,0505	0,003
nb def physique fort	-0,2311	0	0,3707	0	-0,6310	0	-0,0151	0,465
nb def cognitif faible	-0,0204	0,019	0,0572	0	-0,1095	0	-0,0260	0,003
nb def cognitif moyen	-0,0546	0	0,1685	0	-0,1835	0	0,0133	0,165
nb de maladies	-0,0522	0	-0,0339	0	0,0747	0,001	-0,0024	0,718
nb de déficiences	-0,0310	0	0,0292	0,012	0,0230	0,419	0,0180	0,027
déficience acc du travail	0,0119	0,713	-0,1841	0	-0,0284	0,802	-0,1036	0,002
déficience acc de la vie courante	-0,0051	0,887	0,0490	0,326	0,1763	0,154	-0,1159	0,001
déficience acc de la route	0,1140	0,001	0,0429	0,348	0,3507	0,002	0,0036	0,91
déficience liée à une maladie	-0,1273	0	0,1121	0,006	-0,0340	0,741	0,1162	0
handicap reconnu officiellement	-0,3250	0	0,1272	0,003			0,0084	0,789
prestation monétaire	-0,1476	0,001	0,2212	0			0,0828	0,168
alloc. ou pension d'invalidité	-0,0123	0,747	0,0635	0,237			0,0454	0,222
sous tutelle	0,1106	0,083	0,1969	0,018	0,5859	0,009	-0,0571	0,442
zone rurale	0,0144	0,675	0,1426	0,003	0,3054	0,011	0,1154	0,001
aide des proches	0,5245	0,002	-1,9385	0	-1,6501	0	-0,4158	0,001
aide des professionnels	0,5786	0	-0,9706	0	-0,8518	0,048	0,0850	0,698
aide proches* aide prof.	-0,0480	0,445	0,1631	0,009	0,0687	0,762	-0,0347	0,591
_cons			0,9728	0	5,1639	0		
/cut_3_1	-1,9759	0					-1,2157	0
/cut_3_2	-0,8040	0					-0,4699	0
/cut_3_3	0,6458	0					0,1002	0,38
/cut_3_4	1,6676	0					0,5274	0
/cut_3_5							1,0781	0

/cut_3_6							1,5088	0
/cut_3_7							1,7475	0
/cut_3_8							2,2605	0
/cut_3_9							2,6438	0
/cut_3_10							3,3150	0
/cut_3_11							4,1225	0
Nb observations	7291		7291		7291			
rho_12	-0,3994	0	-0,2665	0	-0,4019	0	-0,3987	0
rho_13	-0,2551	0,009	0,8603	0	0,1249	0,032	0,2580	0
rho_23	-0,3375	0	0,2222	0	0,0205	0,752	-0,0306	0,812

On constate que l'aide des proches, tout comme l'aide professionnelle, contribue, toute chose égale par ailleurs, à accroître le niveau de santé déclaré. Le fait de bénéficier d'une aide mixte, n'ajoute pas d'effet supplémentaire. On constate d'autre part que les personnes cumulant des déficiences physiques plutôt lourdes et/ou des déficits cognitifs importants sont plus enclines à déclarer un état de santé dégradé. Elles recourent d'autre part plus fortement aux aides. Dès lors, le fait de modéliser préalablement le recours aux aides permet de mettre en lumière le rôle additionnel et positif du recours aux aides sur le bien-être subjectif de ces personnes.

Les trois coefficients de corrélations entre les perturbations des trois équations modélisées sont négatifs et significatifs. Cela signifie d'une part que les personnes ayant le plus de chance d'obtenir une aide des proches sont aussi celles ayant le moins de chance d'obtenir une aide professionnelle. D'autre part, les personnes qui ont le plus de chance de recourir à l'aide, qu'elle provienne des proches ou des professionnels, sont aussi celles qui auraient tendance à déclarer des niveaux de santé subjectives dégradées.

On constate que l'aide des proches, ainsi que l'aide professionnelle réduit significativement les besoins d'aide non satisfait. Cependant, l'aide des proches semble plus efficace à réduire les besoins non satisfaits que l'aide professionnelle. L'aide mixte combinant à la fois l'aide des proches et des professionnels, réduit substantiellement les besoins non satisfaits. Cependant, la double intervention semble quelque peu réduire l'efficacité propre de chaque aide.

Les coefficients de corrélations entre les perturbations des équations d'aide avec celle des besoins non satisfaits sont positifs et significatifs. Ainsi, les personnes qui ont le plus de chance de recourir à l'aide, qu'elle provienne des proches ou des professionnels, sont aussi celles qui auraient tendance à déclarer des besoins non satisfaits plus importants. On note que la corrélation est plus forte dans le cas du recours à l'aide aux proches.

Le recours à une aide professionnelle diminue significativement le revenu. L'aide des proches n'impacte pas les revenus.

Les coefficients de corrélation entre les perturbations des équations d'aide avec celle de revenu ne sont pas significatifs. Seul le coefficient de corrélation entre les perturbations de la première équation de l'aide des proches avec celle de l'aide des professionnels est négatif.

Il semble que l'aide des proches, tout comme l'aide formelle n'améliore pas la participation sociale et au contraire joue négativement sur celle-ci. Ces résultats demandent à être confirmés en re précisant la nature des différentes activités.

Le coefficient de corrélation entre les perturbations de la première équation de l'aide des proches avec celle de l'aide des professionnels est toujours négatif. Cependant, les coefficients de corrélation entre les perturbations des équations d'aide avec celle de la participation sociale ne sont pas significatifs.

Finalement, nous présentons les principales caractéristiques influant le bien-être, autres que le recours aux aides. Les personnes de plus de 40 ans sont plus aisées que celles âgées entre 20 et 39 ans. Par contre, par rapport aux personnes âgées de 40 à 59 ans, les plus jeunes (20-39ans) participent plus aux activités sociales et de loisirs et ont une meilleure santé déclarée ; et inversement pour les plus âgés (plus de 60ans). Les femmes ont d'un côté davantage de besoins non satisfaits mais de l'autre une participation sociale supérieure à celle des hommes. Les personnes de nationalité africaine cumulent les difficultés avec à la fois une santé subjective plus faible que les personnes d'origine française, des besoins non satisfaits supérieurs, une participation sociale inférieure et des revenus inférieurs. Pour les deux derniers points, les

personnes d'une autre origine –autre qu'européenne- connaissent également des taux de participation et de revenus inférieurs. L'obtention de diplôme augmente les revenus et la participation sociale des individus. Concernant le réseau de proches (familles, amis), plus celui-ci est important, plus la participation sociale est grande, ainsi que la santé subjective meilleure et les niveaux de revenus supérieurs. Cependant, le fait d'avoir une famille « trop » nombreuse (plus de 3 ou 4 frères et sœurs et plus de 4 enfants), impacte négativement les revenus. Étonnamment, le fait de ne pas vivre seul et de voir sa famille tous les jours augmente les besoins non satisfaits. Par ailleurs, avoir une déficience auditive plutôt qu'un autre type de déficience améliore la santé déclarée des individus et diminue les besoins non satisfaits. Le nombre de déficiences physiques et cognitives diminue également la santé subjective, la participation sociale et augmente les besoins non satisfaits. Concernant les deux derniers points, le nombre de déficiences sensorielles joue également. Si l'origine des déficiences est liée à un accident de la route plutôt qu'à un autre facteur, les personnes se sentent en meilleure santé et participent plus aux activités sociales et de loisirs. Pour finir, habiter en zone rurale permet d'un côté une meilleure participation sociale mais de l'autre produit une hausse des besoins non satisfaits.

Tableau 9 : Les aides et l'emploi

Modèle 6

	aide des proches		aide des professionnels		emploi	
	coef.	p-value	coef.	p-value	coef.	p-value
classe d'âge (40-59 ans en réf.)						
20-39 ans	0,2113	0,018	-0,0612	0,479	0,1095	0,221
femme	0,0881	0,189	0,3019	0	-0,0996	0,144
diplôme (sans en réf.)						
CEP	-0,1441	0,215	-0,0468	0,705	0,0254	0,827
BEPC	-0,2395	0,071	0,1736	0,181	0,0796	0,542
CAP-BEP	-0,3450	0	0,2034	0,022	0,2350	0,008
BAC	-0,4743	0	0,3086	0,023	0,3026	0,031
bac +2	-0,4717	0,002	0,6205	0	0,6014	0
sup bac+2	-0,2787	0,163	0,6206	0,001	0,6414	0,001
3ème cycle univ ou gde ecole	-0,5666	0,011	1,1328	0	1,0648	0
nationalité (français en réf.)						
Europe	-0,0097	0,967	0,0592	0,807	-0,0245	0,912
Afrique	0,0600	0,747	0,0730	0,729	-0,1991	0,255
Autre	0,1793	0,494	-0,4073	0,203	-0,6635	0,024
nb de frères et sœurs (aucun en réf.)						
1	0,0409	0,757	-0,0381	0,772	0,1793	0,148
2	-0,0130	0,92	0,0562	0,664	0,1460	0,223
3	0,0303	0,827	-0,0548	0,698	0,1975	0,129
4 et plus	0,1009	0,41	-0,0817	0,51	0,1621	0,173
pourcentage de sœurs	0,1004	0,273	-0,0614	0,529		
nb d'enfants (sans en réf.)						
1	-0,0955	0,403	0,0036	0,976	-0,0706	0,461
2	-0,2251	0,036	0,1451	0,184	-0,0596	0,532
3	-0,1939	0,105	-0,0009	0,994	-0,2037	0,066
4 et plus	-0,2159	0,097	-0,1135	0,409	-0,4938	0
pourcentage de filles	0,1245	0,192	0,0554	0,602		
type de ménage (pers. seule en réf.)						
famille monoparentale	0,7271	0	-0,3954	0	-0,1963	0,221
couple sans enfant	1,1310	0	-0,5376	0	-0,5336	0,003
couple avec au moins un enfant	1,0537	0	-0,7137	0	-0,1745	0,392
autre type de ménage	1,0866	0	-0,4904	0	-0,3738	0,079
visite de la famille (aucune en réf.)						
une par an	0,2323	0,132				
une par mois	0,5061	0,008				
plus d'une par mois	0,4555	0,015				
une par semaine	0,4212	0,019				
une par jour	0,5491	0,002				
effectif de la famille (sans en réf.)						
de 1 à 3	0,1332	0,348	-0,1034	0,287	-0,0507	0,674

4 ou plus	0,2159	0,143	-0,2148	0,028	0,0877	0,541
visite des amis (aucune en réf.)						
une par an	0,2627	0,03				
une par mois	0,0735	0,453				
une par semaine	0,2597	0,002				
déficience motrice	-0,1821	0,053	0,0551	0,565	-0,0328	0,718
déficience visuelle	0,0262	0,743	0,0747	0,36	0,1362	0,074
déficience auditive	-0,0264	0,746	-0,1894	0,029	0,1628	0,039
déficience verbale	0,0564	0,561	0,1432	0,109	0,0490	0,589
déficience cognitive	0,0431	0,612	-0,0281	0,756	0,0835	0,304
nb def sensoriel moyen	-0,0704	0,298	0,0287	0,664	-0,0219	0,746
nb def sensoriel fort	0,0479	0,51	0,0012	0,985	-0,1049	0,127
nb def physique moyen	0,1301	0,002	0,0524	0,203	-0,2048	0
nb def physique fort	0,2389	0	0,2414	0	-0,2715	0
nb def cognitif faible	-0,0119	0,564	0,0488	0,02	-0,0285	0,17
nb def cognitif moyen	0,0632	0,014	0,0220	0,346	-0,0791	0,001
nb de maladies	0,0110	0,501	0,0089	0,589	-0,0339	0,029
nb de déficiences	0,0150	0,431	0,0072	0,687	-0,0250	0,167
déficience acc du travail	-0,1196	0,105	-0,2298	0,004	0,4044	0
déficience acc de la vie courante	-0,0998	0,207	0,0979	0,214	-0,0832	0,305
déficience acc de la route	0,2137	0,004	-0,0530	0,488	0,0092	0,903
déficience liée à une maladie	0,2908	0	0,0477	0,509	-0,0967	0,198
handicap reconnu officiellement	0,1241	0,128	0,1440	0,101	-0,1005	0,183
prestation monétaire	0,1346	0,245	0,3098	0,001	-0,1946	0,104
alloc. ou pension d'invalidité	0,1204	0,121	0,0951	0,239	-0,7351	0
sous tutelle	-0,2866	0,011	0,8295	0	0,3317	0,023
zone rurale	0,2266	0,006	-0,0150	0,863	-0,0645	0,433
aide des proches					0,9357	0,015
aide des professionnels					-0,1071	0,796
aide proches* aide prof.					-0,0156	0,922
_cons	-1,2849	0	-1,2594	0	-0,3880	0,09
Nb observations	2664					
rho_12	-0,4010	0				
rho_13	-0,6500	0,053				
rho_23	0,1338	0,587				

Concernant l'emploi, la population d'observation est restreinte au moins de 60 ans ce qui conduit à réexaminer les déterminants de recours aux aides informelles/formelles avant d'analyser l'effet de l'aide sur l'emploi. Concernant le recours aux aides des proches, les déterminants sont identiques, sauf trois variables qui ne sont plus significatives avec la diminution de l'échantillon : le pourcentage de filles par rapport aux fils, l'effectif de la famille et le nombre de déficiences sensorielles fortes. De plus, dans ce nouvel échantillon plus jeune, les visites des amis deviennent un élément favorisant le recours à l'aide informelle. Concernant le recours à l'aide professionnelle, nous obtenons également les mêmes résultats avec tout de même 4 variables qui n'influencent plus significativement le recours à l'aide. Il s'agit du nombre de frères et de sœurs, des déficiences motrices et verbales, de la reconnaissance officielle du handicap, et le fait d'habiter en zone rurale par rapport aux zones urbaines.

Le fait de recourir à l'aide des proches augmente les probabilités d'obtenir un emploi pour la personne aidée. L'effet de l'aide professionnelle et de l'aide mixte sur l'emploi ne sont pas significatifs.

Le coefficient de corrélation entre les perturbations de la première équation (recours à l'aide informelle et formelle) est toujours négatif. Concernant les coefficients de corrélations entre les perturbations des équations d'aide avec celle de l'emploi, seule l'équation d'aide provenant des proches obtient des résultats significatifs et négatifs. Ainsi, les personnes qui ont le plus de chance de recourir à l'aide des proches sont aussi celles qui auraient tendance à ne pas être en emploi.

Pour finir, les principaux facteurs associés à une probabilité plus faible d'être en emploi, sont similaires à ceux énoncés dans la littérature. En effet, le fait d'avoir peu ou pas de diplôme, d'avoir une nationalité autre que française (et non africaine, ni européenne), d'avoir plus de 4 enfants et d'avoir un handicap important (notamment de nombreuses déficiences physiques et cognitives ou encore être sous tutelle) conduisent à un taux d'emploi inférieur.

5- Discussion et conclusion

A compléter

Bibliographie

S Allen, VMor, The prevalence and consequences of unmet need : contrasts between older and younger adults with disability, *Medical Care*, Volume 35, n°11, pp1132-1148 December 1997

Alonso, J., et al., Unmet health care needs and mortality among Spanish elderly. *Am J Public Health*, 1997.87(3): p. 365-70.

Andersen R, Newman JF. Societal and Individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank MEem Fund Q Health Soc* 1973 ; 51 ;95-124

Andersen RM. Revisiting the behavioral model ans access to medical care : does it matter ? *J Health Soc Behav* 1995 ; 36 :1-10

R. Andersen, John F. Newman, 2005, “Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States”, *The Milbank Quarterly*, Vol 83, N°4, pp1-28 (reprinted, 1973)

Bleys B. [2011], « Beyond GDP : Classifying Alternative Measures for Progress», *Social Indicators Research*, Published Online.

G Bouvier, 2009, « L’approche du handicap par les limitations fonctionnelles et la restriction globale d’activité chez les adultes de 20 à 59 ans »

Cambois, E., Problèmes fonctionnels et incapacités chez les plus de 55 ans : des différences marquées selon les professions et le milieu social. *DREES. Etudes et Résultats*, 2004. 295.

Culyer, A.J. and A. Wagstaff, Equity and equality in health and health care. *Journal of Health Economics*, 1993. 12(4): p. 431-457.

B Davin ; A Paraponaris ; P Verger ; « Facteurs démographiques et socioéconomiques associés aux besoins d’aide des PA vivant à domicile : une étude partir de l’enquête HID », *Revue Epidemiol Sante Publique*, 2005 ; 53 : 509-524

Davin bérangère, Joutard Xavier, Moatti Jean-Paul, Paraponaris Alain, Verger Pierre. Besoins et insuffisance d’aide humaine aux personnes âgées à domicile : une approche à partir de l’enquête « Handicaps, Incapacités, dépendance ». In : *Sciences sociales et santé*. Volume 24, n°3, 2006. Déterminants socio-économiques des inégalités de santé. Pp 59-93

B Davin, A Paraponaris, P Verger, « Entre famille et marché : déterminants et coûts monétaires de l’aide formelle et informelle reçue par les personnes âgées en domicile ordinaire », *Management & Avenir* 2009/6 (n° 26), p. 190-204.

Davin, Paraponaris, Vieillissement de la population et dépendance – Un coût social autant que médical, *Institut de recherche en santé publique, Questions de santé publique*, n°19, décembre 2012

A Desrosières, S Kott, « Quantifier », *Genèses* 2005/1, n°55

M M. Desai ; H R. Lentzner ; J Dawson, Unmet need for personal assistance with activities of daily living among older adults, *The gerontologist*, Vol 41. N°1, 82-88, 2001

Goddard, M. and P. Smith, Equity of access to health care services : theory and evidence from the UK. *Soc Sci Med*, 2001. 53(9): p. 1149-62.

Gramain Agnès. Décisions de recours au système de soins dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes: un modèle de choix discret dynamique. In: *Économie & prévision*, n°129-130, 1997-3-4. *Nouvelles approches microéconomiques de la santé*. pp. 239-254.

James AB. 2008. Activities of daily living and instrumental activities of daily living. In: Crepeau EB, Cohn ES, Schell BB, editors. *Willard and Spackman's Occupational Therapy*. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins. p 538-578

P Kemper, The use of formal and informal home care by the disabled Elderly, *Health Services Research* 27 :4, October 1992

C Lecours, C Fournier, L Dugas, « Les besoins d'aide non comblés pour les activités de la vie quotidienne chez les personnes avec incapacité au Québec », *Institut de la statistique du Québec*, N°58, Mai 2016

F Ottaviani, Performativité des indicateurs : indicateurs alternatifs et transformation des modes de rationalisation. *Economies et finances*. Université Grenoble Alpes, 2015

Ravaud, J. and P. Mormiche, Handicaps et incapacités, in *Les inégalités sociales de santé*, A. Leclerc, et al., Editors. 2000, *Inserm/La Découverte*: Paris. p. 295-314.

Rodriguez M, Use of informal and formal care among community dwelling dependent elderly in Spain, *European Journal of Public Health*, vol24, n°4, 668-673, 2013

Soullier N. et Weber A., 2011, « L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile », *Drees, Études et Résultats*, n° 771, août.

Soullier N. 2012, « L'aide humaine auprès des adultes à domicile : l'implication des proches et des professionnels », *Drees, Études et Résultats*, n° 827, décembre.

Tennstedt, S., J. McKinlay, and L. Kasten, Unmet need among disabled elders: a problem in access to community long term care? *Soc Sci Med*, 1994. 38(7): p. 915-24.

C H Van Houtven, E C Norton, Informal care and health care use of older adults, *Journal of Health Economics*, 23 (2004) 17 Septembre 2004, 1159-1180

Annexe 1 : Activités de la vie quotidienne et activités instrumentales de la vie quotidienne

Activités de la vie quotidienne et activités instrumentales de la vie quotidienne	Type de restriction d'activité
1- Vous laver seul(e) (prendre un bain, une douche) 2- Vous habiller et vous déshabiller seul(e) 3- Couper votre nourriture ou vous servir à boire seul(e) 4- Manger et boire seul(e), une fois que la nourriture est prête 5- Vous servir des toilettes seul(e) 6- Vous coucher et vous lever du lit seul(e) 7- Vous asseoir et vous lever d'un siège seul(e)	AVQ
1- Faire vos courses seul(e) 2- Préparer vos repas seul(e) 3- Faire les tâches ménagères courantes dans votre domicile (vaisselle, lessive, repassage, rangement...) seul(e) 4- Faire les tâches plus occasionnelles seul(e) (petits travaux, laver les carreaux...) 5- Faire les démarches administratives courantes seul(e) 6- Prendre vos médicaments seul(e) 7- Vous déplacer dans toutes les pièces d'un étage seul(e) 8- Sortir de votre logement seul(e) 9- Utiliser un moyen de déplacement seul(e) (prendre une voiture personnelle, commander un taxi, prendre les transports en commun) 10- Trouver seul(e) votre chemin lorsque vous sortez 11- Vous servir du téléphone seul(e) 12- Vous servir d'un ordinateur seul(e)	IAVQ

TABLEAU 5: TYPES DE RESTRICTION D'ACTIVITE

Annexe 2 : Caractéristiques générales de l'échantillon

Age>20ans en situation de handicap	Ensemble N=5 446 526	Handicap léger	Handicap modéré	Handicap lourd
Sexe				
Homme	33.52	36.56	29.35	37.38
Femme	66.48	63.44	70.65	62.62
Classe d'âge				
De 20 à 39 ans :	9.46	14.90	9.42	6.50
De 40 à 59 ans :	23.86	31.53	24.28	19.05
De 60 à 84 ans :	51.98	50.57	53.90	50.21
85 et plus	14.69	3.00	12.41	24.25
Situation principale				
Actif occupé (occupe un emploi, apprenti)	12.99	26.12	13.13	5.51
Chômeur (inscrit ANPE)	4.11	6.15	4.30	2.73
Inactifs (étudiants, retraité, h/f foyer)	82.90	67.73	82.56	91.76
Vie couple				
Non	48.39	37.49	47.97	55.02
Oui	51.61	62.51	52.03	44.98
Obtention d'un diplôme				
Aucun diplôme	37.05	31.31	34.28	43.93
Oui	62.95	68.69	65.72	56.07
Revenu mensuel moyen (continu) avec ref seuil de pauvreté (revencons)				
Moins de 946€	20.74	14.91	19.21	26.03
947 à 1500€	28.18	23.67	30.35	27.80
1501 à 2500€	30.24	33.03	30.44	28.42
2501 à 3500€	12.51	15.71	12.88	10.24
Plus de 3501€	8.23	12.58	6.99	7.45
99 :	0.10	0.10	0.13	0.05
Tranche d'unités urbaines				
Communauté rurale :	24.86	24.93	23.60	26.50
Communauté urbaine :	75.14	75.07	76.40	73.50

N=5 446 526	Ensemble	Handicap léger	Handicap modéré	Handicap lourd
Etat de santé général				
Très bon :	4.26	11.29	3.46	1.42
Bon :	21.00	37.01	20.66	11.44
Assez bon :	47.45	39.18	51.23	47.01
Mauvais:	21.17	8.79	20.09	29.49
Très mauvais :	5.62	1.25	4.19	9.96
NSP	0.50	0.48	0.37	0.68
Reconnaissance handicap, perte d'autonomie, (ADL)				
Non	33.68	51.55	36.13	20.48
Oui	66.32	48.45	63.87	79.52
Au moins une difficulté pour réaliser AVQ				

Non	66.51	91.90	70.44	47.47
Oui	33.49	8.10	29.56	52.83
Au moins une difficulté pour réaliser IAVQ				
Non	3.38	3.76	4.12	2.20
Oui	96.62	96.24	95.88	97.80
Somme des difficultés en ADL (Parmi les 7 ADL)				
Aucune difficulté pour réaliser une ADL	66.51	91.90	70.44	47.17
1 difficulté pour réaliser une ADL	12.87	6.27	13.44	15.79
Difficulté pour réaliser 2-3 ADL	12.51	1.58	11.5	19.93
Difficulté pour réaliser plus de 4 ADL	8.1	0.25	4.61	17.13
Somme des difficultés en IADL (Parmi les 12 IADL)				
Pas de difficulté	3.38	3.76	4.12	2.20
1 difficulté pour réaliser 1 IADL	31.53	65.12	31.16	13.36
Difficulté pour réaliser 2 ou 3-4 IADL	37.72	29.28	41.91	32.8
Difficulté pour réaliser plus de 5 IADL	27.36	1.84	19.8	51.64
Difficulté physique				
Pas de difficulté physique	14.48	42.79	11.17	3.16
Au moins une difficulté légère	17.29	57.21	11.31	3.10
Au moins une difficulté grave	68.23	0	77.52	93.74
Difficulté cognitive				
Pas de difficulté cognitive	18.02	19.53	26.99	5.22
Au moins une diff légère	50.95	80.47	58.76	24.11
Au moins une difficulté grave	31.03		14.24	70.67
Difficulté sensorielle				
Pas de difficulté sensorielle	46.12	64.55	58.27	19.67
Au moins une diff légère	27.30	35.45	33.50	14.49
Au moins une difficulté grave	26.58		8.23	65.84
Difficultés par tâches				
Difficultés soins personnels : Oui	31.42	6.73	27.41	50.49
Difficultés mobilité fonctionnelle	13.47	2.23	10.04	24.28
Difficultés activités de la vie domestique	77.47	53.09	80.00	87.63
Difficultés démarches administratives	44.86	27.80	35.96	66.24
Difficultés prise de médicaments	13.10	2.14	6.64	27.83
Difficultés déplacement	36.57	10.19	31.52	57.95
Difficultés communication	25.37	26.69	17.51	35.12

Annexe 3 : Principales dimensions du bien-être dans les études

Source	OCDE ¹⁷	INSEE ¹⁸	Rapport Stiglitz ¹⁹	CREDOC ²⁰	INSEE ²¹
Dimensions					
Indicateur	Bien être individuel	Qualité de vie	Qualité de la vie ²²	Bien-être	Qualité de vie
CONDITIONS MATERIELLES					
Revenu et patrimoine	Oui		Oui	Oui	Oui
Emploi et salaires	Oui		Oui	Oui	Oui
Logement (dont dépenses, équipement...)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
QUALITE DE VIE					
Etat de santé	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Education	Oui	Oui	Oui	Oui	
Liens et relations sociales	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Participation à la vie politique et citoyenne	Oui	Oui	Oui	Oui	
Equilibre vie prof/vie privée : activités personnelles, loisirs, temps libre	Oui	Oui	Oui	Oui	
Sécurité / insécurité (dont économique et physique)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Qualité environnement	Oui		Oui		Oui
Bien être subjectif ou satisfaction de la vie en général	Oui	Oui			
Justice		Oui			
Risques psychosociaux au travail					Oui
Manque de confiance dans la société					Oui

¹⁷ OCDE (2016), *Comment va la vie ? 2015 : Mesurer le bien-être*, Editions OCDE, Paris

¹⁸ INSEE, « Qualité de vie », *France portrait social*, édition 2016 – INSEE références

¹⁹ J Stiglitz, A Sen, J-P Fitoussi, *Rapport de la commission sur la mesure des performances économiques et du progrès social*, Editions Odile Jacob, 2009

²⁰ R Bigot, P Croutte, E Daudey, S Hoibian, J Müller, « L'évolution du bien-être en France depuis 30 ans », *cahier de recherche, Credoc*, n°2098, Décembre 2012

²¹ M-H Amiel, P Godefroy, S Lolliver, « Qualité de vie et bien-être vont souvent de pair », *INSEE*, n°1428, Janvier 2013

²² L'expression 'qualité de la vie' fait référence aux aspects de la vie qui déterminent le bien-être au-delà des ressources économiques disponibles.

Annexe 4 : Relation entre bien-être, recours à l'aide, âge et sexe

Handicap 1-2-3		Pas d'aide	Aide
% d'actifs occupés			
Femmes			
20 à 39 ans		37.74	41.45
40 à 59 ans		50.48	30.19
Hommes			
20 à 39 ans		42.40	37.96
40 à 59 ans		50.58	32.90
% de personnes qui participent à des loisirs, voire à beaucoup de loisirs			
Femmes			
20 à 39 ans		92.71	70.66
40 à 59 ans		76.23	54.20
60 à 84		60.01	40.88
85 et plus		63.51	23.12
Hommes			
20 à 39 ans		54.06	56.50
40 à 59 ans		62.60	39.27
60 à 84		53.82	24.10
85 et plus		50.67	17.61
% de personnes ayant une participation citoyenne			
Femmes			
20 à 39 ans		76.20	61.42
40 à 59 ans		84.63	71.99
60 à 84		90.36	75.15
85 et plus		86.96	62.75
Hommes			
20 à 39 ans		69.92	37.75
40 à 59 ans		73.73	64.65
60 à 84		78.29	75.53
85 et plus		97.69	68.33
Etat de santé subjectif			
Femmes			
20 à 39 ans	Bon à très bon	54.97	54.08
	Moyen	35.13	29.00
40 à 59 ans	Bon à très bon	39.24	24.65
	Moyen	42.12	43.81
60 à 84	Bon à très bon	33.61	17.67
	Moyen	52.63	55.39
85 et plus	Bon à très bon	40.69	21.53
	Moyen	35.15	50.91
Hommes			
20 à 39 ans	Bon à très bon	41.13	61.16
	Moyen	29.23	22.30
40 à 59 ans	Bon à très bon	36.95	29.33
	Moyen	38.55	38.29
60 à 84	Bon à très bon	26.00	17.88
	Moyen	59.58	45.71

85 et plus	Bon à très bon		12.43
	Moyen	95.66	56.35
% de sentiments –plutôt- positifs au cours des 4 dernières semaines Handicap 1-2-3 (sur échantillon réduit N=3 058 358 représentatif)			
Femmes			
20 à 39 ans		71.97	63.76
40 à 59 ans		55.80	43.72
60 à 84		48.55	44.05
85 et plus		44.97	43.35
Hommes			
20 à 39 ans		95.97	53.27
40 à 59 ans		47.47	42.61
60 à 84		62.84	43.96
85 et plus		81.30	39.25