

Couverture sociale du handicap et risque d'exclusion en France

JOURDAIN Alain & LUCAS Bernard
Ecole des hautes études en santé publique
France

Alain.jourdain@ehesp.fr
Bernard.lucas@ehesp.fr

L'observation de l'évolution historique des systèmes de protection sociale indique trois grandes catégories de prise en charge : l'aide sociale héritière de la bienfaisance, la protection républicaine et l'assurance privée. Chacune a sa propre logique : filet de sécurité, droits pour tous, individualisation des risques. Aujourd'hui, dans le champ du handicap, elles prennent la forme de l'aide aux adultes handicapés, s'adressant aux plus défavorisés, du droit à compensation financière en cas d'accident au travail ou de maladie grave, et enfin, de l'assurance individuelle avec modulation du risque au choix du client.

La protection sociale du handicap en France est organisée autour du statut socio professionnel (Bourgeois A & Duée M, 2008). Dans le cas où les assurés sociaux étaient actifs au moment de l'accident ou de la maladie, ils reçoivent un revenu de remplacement, versé par leur régime d'assurance maladie en fonction du revenu antérieur. Elle prend la forme d'une pension d'invalidité ou encore d'une rente d'incapacité liée à un accident du travail versée à tout salarié atteint d'une incapacité permanente suite à un accident du travail, à un accident sur le trajet domicile-travail ou à une maladie professionnelle. Leur montant dépend du salaire et du taux d'incapacité de la personne.

Dans le cas où le handicap est apparu lorsque la personne était inactive, les prestations servies visent à assurer à la personne handicapée un minimum de ressources. La prestation est alors versée par la Caisse d'allocations familiales (CAF). Il s'agit de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH) et de ses compléments, pris en charge financièrement par l'État.

Cette catégorie correspond, dans une philosophie de l'Etat minimum à un filet de sécurité ou minimum social destinée à ceux qui connaissent une situation de handicap reconnue par une autorité officielle. Cette situation de handicap peut revêtir diverses formes dont le handicap psychique qui se développe aujourd'hui. Elle est de couverture universelle et se donne pour objectif d'assurer un niveau garanti de ressources de façon à ne pas tomber dans la misère. En France cela prend la forme de l'allocation pour adultes handicapés versée aux personnes répondant à des critères d'âge, de taux d'incapacité et de revenus (incapacité permanente d'au moins 80 % ou incapacité permanente d'au moins 50 % conduisant à ne pouvoir se procurer un emploi).

La dernière forme de protection sociale correspond à l'assurance individuelle et compense le préjudice subit par un tiers dans le champ de la vie privée. Si l'acte d'assurance n'est pas totalement libre, car rendu obligatoire pour certaines formes de risques (logement, circulation automobile, par exemple) les garanties offertes restent variables et offertes à l'appréciation du consommateur qui conditionnera le montant des pensions versées à la suite d'un risque. Elle prend la forme d'une rente versée par l'assurance ou une mutuelle en cas de sinistre, dans

une logique subsidiaire ou complémentaire par rapport à la protection offerte par la sécurité sociale.

La question posée par cette diversité est de savoir si ces formes de protection sociale sont toutes complémentaires sachant que les processus décisionnels qui permettent leur attribution ne sont pas identiques car constitués de commissions dont la composition est variable suivant le mode de couverture du risque et dont les critères d'appréciation sont différents.

1. Méthode

L'enquête HID¹ a été consultée pour étudier les caractéristiques des populations issues des formes précédentes de protection sociale.

Dans cette enquête la question suivante était posée : « Percevez-vous actuellement (ou votre famille perçoit-elle pour vous) une allocation, pension, ou autre revenu en raison de vos problèmes de santé ? » (RALLOC)

Si la réponse était positive, différentes formes de protection sociale étaient énumérées, dont les quatre suivantes :

- Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) : RAAH
- Pension d'invalidité et son éventuelle majoration tierce personne versées par un organisme de Sécurité sociale (ou son équivalent après 60 ans) : RPENS
- Rente d'incapacité liée à un accident du travail : RACCI
- Rente versée par une assurance ou une mutuelle RASSUR

Les quatre pensions, rentes ou allocations étudiées ici représentent une forte proportion (84,8%) de l'ensemble des 2 334 711 millions d'allocataires au titre du handicap en France en 1999 vivant à leur domicile estimés par l'enquête HID. Les bénéficiaires d'une pension versée par la sécurité sociale sont les plus nombreux (32,9 + 26,5%), suivis des allocataires du minimum social 22,6% ; le nombre des allocataires d'une rente versée par une assurance, 2,8% étant plus faible.

Tableau 2 : Percevez-vous actuellement (ou votre famille perçoit-elle pour vous) une allocation, pension, ou autre revenu en raison de vos problèmes de santé ? Si oui, laquelle ?

| | Effectifs | % |
|---|-----------|-------|
| Allocation aux adultes handicapés | 527302 | 22,6% |
| Pension d'invalidité et son éventuelle majoration tierce personne versées par un organisme de Sécurité sociale (ou son équivalent après 60 ans) | 766998 | 32,9% |
| Rente d'incapacité liée à un accident du travail | 619086 | 26,5% |
| Rente versée par une assurance ou une mutuelle | 64625 | 2,8% |

HID 1999 domiciles (Total et % calculés sur effectifs redressés non arrondis). Effectif estimé Interrogés : 57 831 816 / Répondants : 2 334 711

¹

L'enquête nationale Handicap, Incapacité, Dépendance a été réalisée par l'INSEE d'octobre 1998 à la fin de l'année 2001 avec pour objet d'observer les conséquences des problèmes de santé dans la vie quotidienne des personnes.

Elle s'est adressée à deux populations distinctes : l'une en établissement - psychiatrique, recevant des personnes âgées ou handicapées -, l'autre concernant les personnes vivant à domicile. Ces deux populations ont été questionnées lors de deux passages successifs.

A la fin de l'année 1998, 15 000 personnes vivant en établissement ont ainsi été interrogées par des enquêteurs de l'INSEE. Par ailleurs, en fin 1999, issues d'un premier traitement de 360 000 questionnaires lors du recensement de mars 1999, 20000 personnes vivant à domicile ont reçu la visite des enquêteurs de l'INSEE.

Chacun des participants de ces deux groupes recevra une deuxième visite deux ans plus tard.

Le montant moyen des pensions n'est pas disponible, seulement 3525 personnes ayant répondu et 13420 restées sans réponse.

Le processus en jeu semble aller dans ce sens : faible participation sociale -entraîne une moins bonne information – entraîne une orientation plus fréquente vers les minima sociaux de droit commun. D'autre part, l'assurance privée ne semble pas jouer le rôle discriminant initialement imaginé.

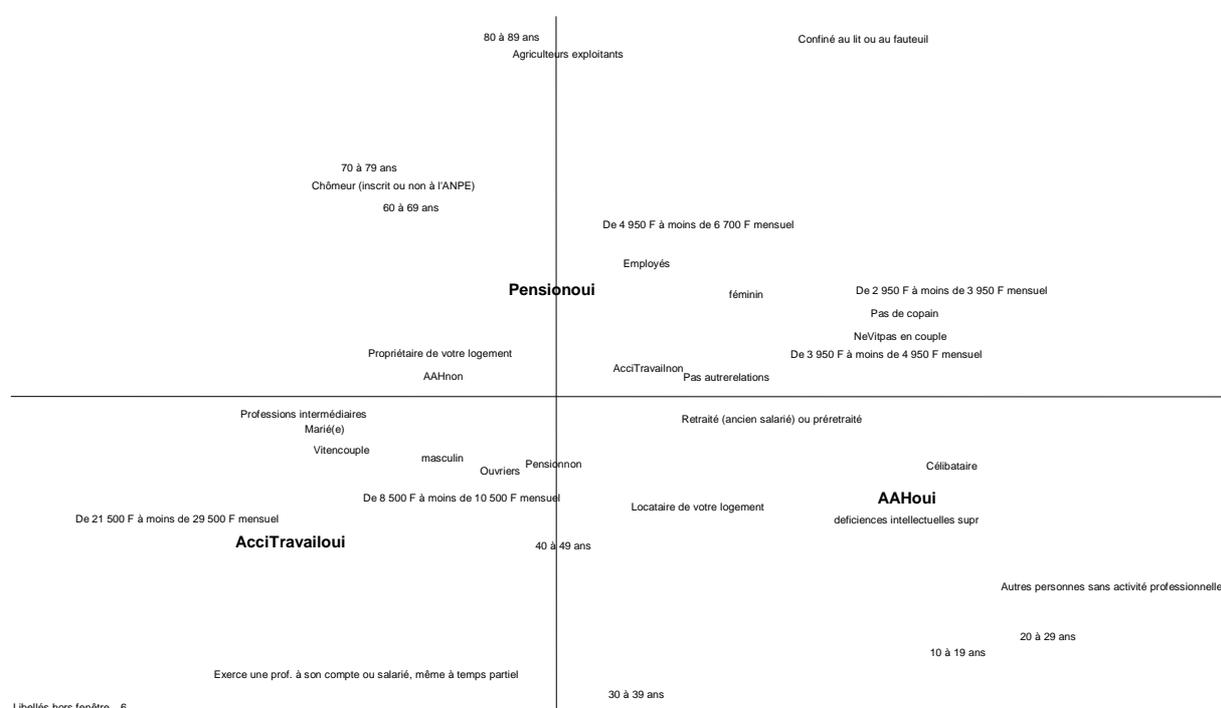
Différences d'intégration sociale selon les groupes

Du fait de la différence de structure d'âge et socio économique que l'on peut supposer entre ces quatre populations, on peut imaginer qu'il existe des effets de structure. Par exemple l'âge justifierait des différences de traitement pour les bénéficiaires d'AAH qui sont plus jeunes, plus physiquement dépendants, avec un moindre niveau d'insertion.

Ces effets de structure sont à rapporter à la forme de protection sociale. Dans un cas, le handicap mental est majoritaire, découvert pendant l'enfance et constitue en quelque sorte une filière de soins allant de l'enfance à l'âge adulte. Dans l'autre, il s'agit d'accidents dont l'origine est certes diverse, mais qui ont en commun de se traduire par des répercussions auprès de personnes dont la trajectoire de vie a été assurée en majorité hors du handicap.

Le graphe d'une analyse factorielle des correspondances, réalisé à partir de la population qui touche une allocation, permet de caractériser les trois sous populations précédentes.

Tableau 3 Nuage de répartition des types d'allocation, rente ou pension et de caractéristiques individuelles selon leur rapport à l'emploi (axe vertical) ou à l'âge (axe horizontal)



L'axe horizontal explique 17% de l'inertie du nuage, il rassemble les principales variables liées à l'activité professionnelle, du côté gauche on trouve ceux qui ont une activité

professionnelle ou sont au chômage, de l'autre côté se trouvent les inactifs : retraités, personne sans activité professionnelle, ou étudiants.

L'axe vertical qui explique 6% de l'inertie correspond à l'âge, les plus jeunes étant situés en bas et les plus vieux en haut. Ce graphe permet ainsi de repérer les caractéristiques communes de chacune des populations d'allocataires.

Les bénéficiaires de l'**AAH** sont plus jeunes, inactifs, célibataires et plus fréquemment confinés.

Les bénéficiaires d'une rente **d'accident du travail** sont plus souvent actifs, assez jeunes, vivant en couple et de milieu ouvrier.

Enfin, les bénéficiaires d'une pension **d'invalidité** se caractérisent par leur plus grand âge, une plus grande incapacité physique et l'appartenance aux catégories socioprofessionnelles employé ou agriculteur.

Trajectoires de vie et formes de protection sociale

De l'analyse précédente nous retenons que la protection des personnes handicapées est liée à la structure particulière de la population qui en bénéficie. En termes de justice sociale, il ne serait acceptable d'observer des différences d'intégration entre membres des régimes de protection que sous certaines conditions. Par exemple, il semble juste que ces différences soient provoquées par les conditions de vie propres aux différentes étapes d'une trajectoire que tout un chacun pourrait parcourir dans son existence.

Des indicateurs de qualité du lien social mettent en évidence de telles disparités qui peuvent paraître acceptables : par exemple les bénéficiaires de l'AAH étant plus jeunes, ils sont plus souvent célibataires, moins souvent propriétaires de leur logement (45,2% contre 63,0), ont un plus faible revenu et participent moins aux associations (17,4% contre 26,9).

Mais l'attribution de cette forme d'allocation est-elle imputable au stade de déroulement de la trajectoire socio démographique de la population? Etant entendu que le fait de vieillir réduira ces différences.

Pour répondre à cette question, nous avons construit une série de régressions logistiques dans lesquelles le mode de protection sociale figure en variable expliquée, certaines variables sociodémographiques figurent en variable de contrôle (type d'incapacité ou problème, âge et l'activité professionnelle), les variables explicatives étant le lien social (participation aux associations, vie en couple).

2) Résultats

Tableau 1 Régression logistique, Enquête HID 1999 (domicile) Sous-population réponse : oui à la question « Percevez-vous actuellement (ou votre famille perçoit-elle pour vous) une allocation, pension, ou autre revenu en raison de vos problèmes de santé ? Effectif de la sous-population : 3525 personnes.

| Variable | Modalité de référence | Modalité de variable explicative | Rente versée par une assurance ou une mutuelle : | | Pension d'invalidité versée par un organisme de Sécurité sociale | | Rente d'incapacité liée à un accident du travail | | Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) | |
|---|---------------------------------|----------------------------------|--|--------------|--|--------------|--|-------------|---|-------------|
| | | Modalité | | Odd-ratio | | Odd-ratio | | Odd-ratio | | Odd-ratio |
| 30 à 39 ans | non | Oui | *** | 2,38 | *** | 3,836 | *** | 0,63 | | 1,04 |
| Exerce une prof. à son compte ou salarié, même à temps partiel | non | Oui | | 0,887 | *** | 0,573 | *** | 2,63 | *** | 1,35 |
| Besoin d'aide pour la toilette ou l'habillement | non | Oui | | 1,342 | | 0,805 | *** | 0,35 | ** | 1,35 |
| Quelle(s) difficulté(s), infirmité(s) ou autre(s) problème(s) rencontrez-vous dans la vie de tous les jours ? | Non motrice | motrice | | 1,09 | | 1,109 | | 1,09 | * | 0,8 |
| | Non visuelle | visuelle | | 0,535 | ** | 0,581 | | 0,89 | | 1,28 |
| | Non auditive | auditive | | 0,99 | *** | 0,547 | | 0,77 | | 1 |
| | Non langage | Langage parole | | 1,489 | | 0,588 | ** | 0,08 | | 1,26 |
| | Non viscérale | viscérales métaboliques | | 1,088 | | 1,191 | * | 0,69 | | 0,98 |
| | Non intellectuelles supérieures | intellectuelles supr | ** | 0,42 | | 0,897 | *** | 0,15 | *** | 2,33 |
| Participez-vous à une (ou plusieurs) association(s)? | non | Oui | | 1,188 | * | 0,84 | ** | 1,27 | ** | 0,79 |
| Marié(e) | non | Oui | | 1,352 | *** | 1,9 | *** | 2,8 | *** | 0,36 |

Penons le cas des personnes bénéficiaires de l'AAH (dernière colonne du tableau). Elles sont d'un âge moyen, exercent une activité professionnelle, ont un plus grand besoin d'aide pour la toilette et l'habillement et sont plus fréquemment affectées de déficiences des fonctions intellectuelles supérieures.

Ces variables une fois contrôlées, les caractéristiques sociales jouent encore un grand rôle dans la propension à rejoindre une forme de protection sociale ou l'autre. Ainsi, le fait d'être marié divisera par trois les chances de relever de l'AAH (au profit d'une autre allocation, telle que les accidents du travail). Ceux qui participent à une association ont un risque relatif inférieur de 20% d'être en AAH. Ainsi, se pose la question des événements qui vont s'enchaîner dans le parcours de vie d'une personne handicapée intellectuelle, qui fera que sa prise en charge sera orientée plus facilement hors AAH si elle est dotée d'un capital social plus consistant, en l'occurrence si elle est mariée et participe à la vie associative.

A contrario, les personnes recrutées dans le régime d'accidents du travail le seront moins chez celles en incapacité et celles affectées de déficiences physiques et intellectuelles, plus chez celles ayant une activité professionnelle. En revanche elles seront peu influencées par leur capital social, tant sur le plan familial que sur le plan associatif (20%).

Le troisième profil intéressant est celui du bénéficiaire de la pension d'invalidité qui est plus âgé, moins souvent au travail, dont le profil d'origine du handicap est plus atypique, avec moins de personnes ayant des difficultés intellectuelles supérieures (20% en moins). Ce profil socio démographique une fois contrôlé, le capital social jouera un rôle particulièrement important, surtout sa composante familiale (risque relatif de 1,9), dans l'orientation vers l'assurance invalidité, le lien social de proximité paraissant peu significatif (0,8 pour ceux fréquentant une association).

En conclusion, les variables sociales et socio économiques sont associées statistiquement à certaines formes de pension, indépendamment des caractéristiques sociodémographiques. Il en est ainsi du fait de vivre en couple ou avoir un copain ou une amie, revoir la visite d'autres personnes, exercer une profession, ou encore participer à la vie associative.

La participation sociale

Dans sa version négative, le schéma des relations entre caractéristiques sociales et mode de protection sociale pourrait s'établir ainsi : la faible participation sociale -entraîne une mauvaise information – qui entraîne l'orientation de l'intéressé vers les minima sociaux de droit commun. C'est ce point que nous allons tester dans ce dernier chapitre.

Pour tester le lien entre la participation sociale et la forme de protection sociale dont bénéficient les personnes, nous avons mesuré la participation à l'aide d'un score en retenant quelques questions descriptives de l'intégration².

Ont été retenues les variables suivantes :

- la situation vis-à-vis de l'emploi comportant deux modalités : travaille ou non,
- les relations de proximité: « vivez-vous en couple ? ou « avez-vous un copain ou une petite amie ? »,
- les autres relations, familiales ou amicale
- enfin l'engagement éventuel de la personne dans la vie associative. Un indicateur synthétique formé par la somme de réponses positives aux questions précédentes a été calculé.

² En référence à R.Castel, nous avons pris en compte l'association entre travail stable et insertion relationnelle comme mode d'intégration. L'emploi, l'éducation, la formation, l'accès aux services publics et privés sont les facteurs cités par l'étude produite par la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, « Maladie, invalidité et insertion sociale ». Le taux de chômage, le niveau de revenus, le niveau d'études, le fait de vivre ou non en ménage font partie des dix-huit indicateurs commun d'inclusion sociale adoptés par le Conseil européen de Laeken (Belgique) en décembre 2001, depuis modifiés (2004).

Cinq degrés ont pu être dégagés correspondant à autant de réponses positives. Ainsi, le groupe 4 est constitué des personnes qui ont donné quatre réponses positives ; le groupe 3, trois ; le groupe de degré 2, deux ; le groupe de degré 1, une seule ; enfin, dans le groupe de degré 0 se trouvent les personnes dont les quatre réponses ont été négatives.

Avec une nouvelle régression logistique nous avons tenté de mesurer le lien existant entre un faible niveau d'intégration sociale la forme de protection sociale. Le tableau montre que les personnes les plus faiblement intégrées ont trois fois plus de chances d'être en AAH que celles qui sont les moins bien intégrées, à âge, niveau d'incapacité et sexe donnés. De plus il semble exister un gradient entre le niveau d'intégration et le niveau du risque relatif.

Tableau 2 : Niveau d'intégration sociale associé à l'orientation vers l'AAH

| | Signif. | Odd-ratio |
|--|---------|-----------|
| SEXE : masculin | *** | 0,518 |
| 30 à 39 ans | ** | 0,829 |
| Exerce une prof. à son compte ou salarié, même à temps partiel | *** | 2,970 |
| Classes sur score, groupe 0 | *** | 5,097 |
| Classes sur score, groupe 1 | *** | 3,282 |
| Classes sur score, groupe 2 | *** | 1,958 |
| Classes sur score, groupe 3 | *** | 0,505 |
| Besoin d'aide pour la toilette ou l'habillement | | 1,212 |

Modalité à expliquer : bénéficiaire de l' AAH

Variable explicative : groupes d'intégration sociale, de la plus faible (groupe 0) à la plus forte (groupe 4-référence)

Il y a donc, indépendamment des facteurs socio démographiques (âge, sexe, niveau d'incapacité) un lien qui existe entre le niveau d'intégration sociale et les chances d'être bénéficiaires de l'AAH. L'intégration sociale étant à comprendre comme le fait d'avoir une activité professionnelle, de vivre en couple, d'avoir des relations familiales et de participer à la vie associative.

Les principes d'égalité républicaine, symbolisés par les commissions départementales du handicap censées ne prendre en compte, pour ce qui concerne l'AAH, que le handicap lui-même (incapacité en fonction de l'âge) semble influencé par l'intégration sociale

3) Conclusion

Après examen minutieux des données de la grande enquête nationale sur le handicap, des différences significatives de population entre les groupes de protection sociale apparaissent.

Une partie de ces différences s'explique par le parcours propre à chaque type de handicap, et peut de ce fait être considérée comme équitable au sens Rawlsien, car chaque étape du parcours de vie étant empruntée par tous, il s'agit bien de positions ouvertes, et non de rentes de situation durables.

En revanche, une partie non négligeable des différences observées dans la répartition des régimes de protection sociale entre la population semble associé au niveau d'intégration

sociale, qui lui-même est une position peu ouverte, résultant d'un jeu complexe de facteurs dans desquels l'héritage social joue un rôle important.

Ces inégalités liées à une politique ne sont acceptables que si elles fonctionnent au bénéfice des plus défavorisés. Or, le processus en jeu semble aller dans ce sens : faible participation sociale -entraîne mauvaise information – entraîne orientation vers les minima sociaux de droit commun. Cependant la nature même de ce processus n'est pas démontrée dans cet article en raison des limites de la méthode utilisée, à savoir l'exploitation d'une enquête ponctuelle. Une étude longitudinale devrait permettre de vérifier les liens de causalité qui restent encore hypothétiques.

L'Europe et la loi n°2005-102 en France, se fondent sur l'aide au handicap apportée par l'expertise médicale, l'affirmation du mainstreaming et de la prise en considération d'un projet individuel. Il semble que cela n'est pas suffisant pour développer l'intégration ; il est nécessaire de prendre en compte les aspects sociaux qui, en amont, surdéterminent les capacités réelles d'intégration socio professionnelle³.

REFERENCES

Borgetto,M., & Lafore,M. (2000). *La république sociale. Contribution à l'étude de la question démocratique en France*. Paris: PUF.

Bourgeois A, & Duée M (2008). Le Compte social du handicap de 2000 à 2006. *Drees Etudes et résultats*(n°619).

Castel R (1999). *Les métamorphoses de la question sociale, une chronique du salariat*. Gallimard.

Daniel C, & Pallier B (2001). *La protection sociale en Europe, Le temps des réformes*. Paris: La Documentation Française.

Esping-Andersen G (1999). *Les trois mondes de l'Etat-providence*. PUF.

Mormiche P (2000). Le handicap se conjugue au pluriel. *Drees Etudes et résultats*(n°742).

³

Pour autant, on n'observe pas d'effet mécanique systématique entre le fait de bénéficier de critères de chances d'intégration et l'atteinte d'un certain niveau d'intégration. La pesanteur des éléments défavorables laisse toujours place aux comportements stratégiques des acteurs (Goffman, Crozier, ou d'une autre manière HS Becker) ; ce qui introduit la question du choix des plans de vie notamment développé par Dworkin pour ce qui concerne les conséquences qui pourraient en résulter pour les personnes concernées. Ainsi, certains ont pu aspirer au statut de "rentier social", d'autres sont en recherche de reconnaissance, d'accès à un nouveau statut ou de dépassement de soi (cf : les différentes positions des associations dans l'entre deux guerres au début du XX^e).