

IRDES

Barrière d'âge de 60 ans : dépendances de santé et restes à charge des personnes handicapées

Anne PENNEAU, Sylvain PICHETTI, Catherine SERMET

Introduction

En France, on dénombre entre 1,7 million et 2,75 millions de personnes âgées de 20 à 60 ans en situation de handicap selon que l'on considère les personnes qui déclarent une reconnaissance administrative de handicap ou les personnes qui déclarent des limitations fonctionnelles importantes (Espagnacq, 2015) et 1 250 000 personnes âgées de plus de 60 ans dites dépendantes, si l'on se réfère aux personnes qui bénéficient de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) (Soc., 2016) ou 2 930 000 personnes si l'on retient la population des personnes âgées de plus de 60 ans déclarant recourir à l'aide humaine pour réaliser les activités de la vie quotidienne. Les situations de handicap entraînent des coûts supplémentaires pour les ménages concernés, par rapport aux personnes sans handicap (Zaidi et Burchardt, 2003, Mitra et al., 2017). Ces coûts sont souvent classés dans deux catégories : les coûts directs du handicap englobent les coûts liés au recours à l'aide humaine et aux aides techniques, les dépenses de santé augmentées par le handicap, ainsi que les coûts éventuels d'aménagement du logement ou les coûts de transport (Mitra et al., 2017). Les coûts indirects incluent le renoncement à une activité professionnelle et aux revenus qui y sont liés.

Certains coûts directs sont spécifiques à la situation de handicap. La personne handicapée peut avoir besoin d'une aide humaine et/ou d'une aide technique dont l'ampleur est évidemment très variable selon la lourdeur du handicap (Abrossimov et Chereque, 2014). Le recours à l'aide humaine peut être circonscrit à des postes très ciblés (faire les courses, faire les tâches ménagères) ou au contraire étendu à l'ensemble des activités de la vie quotidienne de la personne, ce qui peut donc occasionner des dépenses très variables mais possiblement très importantes. Les aides techniques (dispositifs médicaux, dont fauteuils roulants,...) peuvent engendrer également des coûts très élevés pour les personnes handicapées. Certains handicaps conduisent à des aménagements du logement et/ou du véhicule qui peuvent également conduire à des dépenses très importantes pour les personnes concernées. Certaines personnes ont des dépenses importantes liées aux piles pour les appareils auditifs, que les personnes aient plus ou moins de 60 ans.

Le handicap est également susceptible d'expliquer un recours aux soins plus fréquent (consultations, dépenses de pharmacie, hospitalisations) (Mitra et al., 2009, Pumkam et al., 2013a, Hayes et al., 2016) et ce d'autant que le handicap place la personne dans une situation de plus grand risque de développer des maladies chroniques telles que le diabète et les maladies cardiovasculaires qui occasionnent d'importantes dépenses de santé (Pumkam et al., 2013a). Certaines études estiment que les familles comportant une personne en situation de handicap endossent un reste à charge lié aux dépenses de santé plus de 2,5 fois plus élevé que celui des familles sans personnes handicapées (Mitra et al., 2009).

En même temps qu'elles doivent endosser des dépenses spécifiques au handicap (recours à l'aide humaine, aux aides techniques, aménagement du logement) ainsi que des dépenses de santé plus élevées, les personnes en situation de handicap ont également un moins bon accès à l'emploi et un plus fort taux de chômage en comparaison avec les personnes sans handicap (Pumkam et al., 2013a, Baert, 2014, Espagnacq, 2015, Gettens et al., 2016), que cette situation s'explique par une incapacité définitive de travailler après la survenue du handicap ou une capacité de travailler nettement amoindrie liée à des absences prolongées du poste de travail (hospitalisations longues,...) (Gabbe et al., 2014). En France, on estime que la proportion de personnes en emploi parmi les personnes handicapées est presque deux fois plus faible que celle de la population totale (Abrossimov et Chereque, 2014). Fin 2013, seules 41% des entreprises atteignent le taux obligatoire d'emploi des

personnes en situation de handicap de 6% (Abrossimov et Cherèque, 2014). Cet accès rendu plus difficile à des emplois qui sont, de surcroît, moins rémunérateurs pèse sur les revenus des personnes handicapées. Cette perte de revenus liée au handicap n'est pas toujours circonscrite à la personne handicapée mais peut affecter l'ensemble du ménage dès lors qu'un proche décide de devenir aidant de la personne handicapée (Ghandour et al., 2014).

Un consensus est établi dans la littérature pour considérer que ces surcoûts liés au handicap sont croissants en fonction de la sévérité du handicap (Mitra et al., 2017) et qu'ils augmentent –à degré de sévérité du handicap donné- pour les individus qui vivent seuls ou dans des ménages de taille réduite, leur configuration familiale les contraignant à financer de l'aide humaine pour les aider à réaliser les activités de la vie quotidienne (Mitra et al., 2017).

Nous avons choisi dans ce rapport de n'aborder qu'une partie des dépenses liées au handicap en concentrant notre analyse sur les dépenses de santé et les restes à charge liés à ces dépenses pour les personnes handicapées. Le poids des dépenses de santé dans les dépenses liées au handicap est potentiellement très important : aux Etats-Unis en 2008, les dépenses de santé représentent 47% de l'ensemble des dépenses liées au handicap pour les personnes handicapées en âge de travailler (Pumkam et al., 2013b).

En France, au cours des dix dernières années, le débat public sur les dépenses et restes à charge des personnes handicapées s'est principalement cristallisé autour de la problématique de la barrière d'âge de 60 ans, qui a donné lieu à publication de très nombreux rapports et prises de positions publiques (Bonnet, 2004, Blanc, 2006, Weber, 2011, Gohet, 2013, Imbert, 2013). Ce débat sur la barrière d'âge a principalement trouvé son origine dans les revendications portées par certaines associations de personnes handicapées ainsi que dans l'absence de suite donnée à l'article 13 de la loi du 11 février 2005 qui stipulait que *« dans un délai maximum de cinq ans, les dispositions de la présente loi opérant une distinction entre les personnes handicapées en fonction de critères d'âge en matière de compensation du handicap et de prise en charge des frais d'hébergement en établissements sociaux et médico-sociaux seront supprimées »*. Or, l'article qui prévoyait la suppression de ce seuil de 60 ans n'a jamais été appliqué (Weber, 2011). Le discours commun porté par un certain nombre de ces publications autour de la barrière d'âge est que la définition des droits pour les personnes handicapées peut différer pour les personnes selon qu'elles sont âgées de moins de 60 ans ou plus de 60 ans, ce qui est susceptible d'occasionner des interruptions de droit et des discontinuités de prises en charge préjudiciables pour les personnes qui en sont victimes. Pour les personnes handicapées hébergées en institution, il existe en effet un vrai impact de la barrière d'âge de 60 ans : le reste à charge des personnes jeunes et adultes hébergées en établissement médico-social est nul sauf exception, l'ensemble des dépenses étant pris en charge par la sécurité sociale et l'aide sociale (Weber, 2011) tandis que le reste à charge des personnes hébergées en EHPAD (qui correspond aux frais d'hébergement) est en moyenne plus élevé que la moyenne de leurs ressources, jusqu'à deux fois plus élevé pour les femmes retraitées et trois fois plus élevé pour les titulaires du minimum vieillesse (Weber, 2011).

En ce qui concerne les personnes handicapées qui restent à domicile avant et après 60 ans, les rapports portant sur le sujet prennent rarement le temps de bien décrire la problématique de la barrière d'âge en précisant la population de personnes handicapées à laquelle elle s'applique. Il résulte de cette littérature une confusion issue d'une description qui amalgame souvent des

populations diverses –populations handicapées vieillissantes et personnes devenues handicapées après 60 ans- et qui ne prend pas le temps de bien décrire les enjeux du débat pour chaque population.

Plusieurs rapports (Bonnet, 2004, Blanc, 2006, Gohet, 2013) ont donc appelé à la suppression de la barrière d'âge et ont plaidé pour une convergence des politiques publiques du handicap et de la dépendance en se basant sur des présomptions de similitudes des besoins et de discontinuités d'accès aux droits de part et d'autre de la barrière d'âge. Cette revendication d'une convergence s'est appuyée sur le constat de prises en charge différenciées avant et après 60 ans. Ainsi, l'APA prend en charge le financement des actes de la vie domestique (ménage, préparation ou portage des repas, entretien de la maison) ce que ne permet pas la PCH.

Pour faire progresser radicalement le débat sur la barrière d'âge, il conviendrait de pouvoir faire coïncider les besoins avec les recours, et ce pour tout type d'aide (aide humaine, aide technique, ...), ce que les enquêtes actuellement disponibles ne permettent pas de faire de façon précise. Il conviendrait également d'avoir une parfaite visibilité sur les restes à charge pour tous les types d'aide ainsi que sur les circuits de prise en charge par les financeurs qui est loin d'être assurée avec les données dont on dispose. En effet, les chercheurs peuvent actuellement compter sur les données de l'enquête Handicap Santé Ménages (HSM) appariée avec les données de l'Assurance maladie. L'Assurance maladie obligatoire intervient en première ligne dans le remboursement des soins des personnes en situation de handicap, mais ces données ne portent que sur le premier étage d'un dispositif de remboursement qui en comporte plusieurs. La PCH peut potentiellement intervenir en deuxième ligne pour augmenter le remboursement octroyé par l'Assurance maladie obligatoire, mais cette intervention n'est pas systématique : seulement dans le cas où l'arrêté du 28 décembre 2005 fixant les tarifs des éléments de la prestation de compensation propose des montants de remboursement supérieurs à ceux de la Sécurité sociale. Espagnacq (2012) donne un exemple dans lequel la PCH n'intervient pas : *« un fauteuil roulant non réversible non inclinable est remboursé à hauteur de 394,6 euros pour la Sécurité sociale ; pour ce fauteuil, la PCH n'intervient pas, car le montant du remboursement est le même dans l'arrêté du 28 décembre 2005 »* (Espagnacq, 2012a). La PCH peut par ailleurs intervenir pour financer des aides qui ne sont pas remboursées par la Sécurité sociale, telles que les aides à la mobilité personnelle (cyclomoteur) ou aides à la communication (tourne page...) (Espagnacq, 2012a), ce qui contribue, là aussi, à faire baisser le reste à charge des personnes bénéficiaires de la PCH, mais les données disponibles ne permettent pas non plus de suivre les dépenses prises en charge à ce titre. A ce deuxième étage de prise en charge par la PCH peut s'en ajouter un troisième qui échappe également à la connaissance statistique : les fonds de compensation départementaux ont également pour finalité de limiter le reste à charge sur l'acquisition des aides techniques. Par ailleurs, et c'est une dernière limite qui pèse sur les restes à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire, ils ne renseignent que de façon très imparfaite sur les sommes qui pèsent finalement sur l'assuré, après intervention de la couverture complémentaire, qui n'est pas non plus identifiée. Certains postes de reste à charge sont bien couverts par les organismes complémentaires –c'est par exemple le cas des dépenses de pharmacie- tandis que d'autres postes le sont moins (dispositifs médicaux).

Dans l'attente des données d'enquête prochainement produites (enquête Phèdre) qui permettront de faire la lumière sur l'ensemble des restes à charge liés au recours à l'aide pour la population spécifique des bénéficiaires de la PCH (252 400 personnes bénéficiaires de la PCH en France en 2014,

soit une population restreinte si on la met en perspective avec les 1 250 000 bénéficiaires de l'APA en 2014 (Soc., 2016)), nous proposons, dans ce rapport, de faire progresser la connaissance de certaines populations de personnes handicapées avant et après 60 ans en nous restreignant à l'analyse de leurs dépenses de santé et restes à charge après intervention de l'Assurance maladie obligatoire, pour évaluer si, sur ce périmètre pour lequel on dispose d'une bonne connaissance statistique, les populations sont comparables ou non.

Ce présent rapport ambitionne dans un premier temps de clarifier les termes du débat portant sur la barrière d'âge de 60 ans en montrant qu'il n'existe pas une seule problématique de la barrière d'âge mais des problématiques diverses selon que l'on considère les personnes bénéficiant d'allocations compensant une incapacité à exercer une activité professionnelle ou les personnes titulaires d'une allocation compensant un recours à l'aide humaine pour réaliser les activités de la vie quotidienne. Dans un deuxième temps, nous proposons de décrire la façon dont on a identifié les différentes populations de personnes handicapées étudiées dans ce rapport à partir de l'enquête Handicap Santé Ménage (HSM) et les outils que nous avons mobilisés (une première classification sur le recours à l'aide humaine et une deuxième permettant de dégager des profils homogènes de consommation de soins) pour réaliser notre analyse. Nous proposons dans un troisième temps une analyse en niveau et en structure des dépenses de santé et des restes à charge pour plusieurs populations en situation de handicap : pour les personnes qui bénéficient d'une reconnaissance de handicap associée à une incapacité de travailler et pour les personnes qui déclarent recourir à l'aide humaine pour réaliser les activités de la vie quotidienne. Nous discutons les résultats obtenus et tirons les enseignements de notre étude dans une quatrième partie.

Partie 1 : Le système de compensation du handicap en France et les questions de la « barrière d'âge »

La compensation du handicap peut prendre des formes multiples et reposer sur des interlocuteurs très variés.

Si la personne est toujours en situation de travailler en dépit de son handicap, la compensation peut viser à favoriser le maintien dans l'emploi. L'Association de Gestion du Fonds pour l'insertion professionnelle des Personnes Handicapées (AGEFIPH) gère les contributions financières versées par les entreprises privées de 20 salariés et plus soumises à l'obligation d'emploi des personnes handicapées, dans le but de faciliter l'accès et le maintien dans l'emploi en milieu ordinaire de travail des personnes reconnues handicapées dans les entreprises du secteur privé. Le Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique (FIPHFP) exerce le même rôle dans la fonction publique.

La compensation du revenu lié au handicap repose sur deux logiques -une logique d'assurance et une logique d'assistance- très différentes tant dans leur philosophie que par les acteurs qui les portent. Les programmes d'assurance sociale mis en œuvre à la fin du 19^{ème} siècle poursuivaient déjà un objectif de garantir « *des moyens convenables d'existence en cas de réduction ou de suppression de la capacité de gains* » (Aballea et Marie, 2012). La logique assurantielle qui est à l'œuvre dans la compensation de la perte de revenus des personnes handicapées est l'héritière de cette philosophie. Le programme de sécurité sociale créé en 1945 ne déroge pas à l'objectif de « *garantir une sécurité*

économique en cas d'incapacité de travail et de gain » (Aballea et Marie, 2012). Cette compensation financière de la perte de revenu inhérente au handicap se matérialise par deux allocations –la pension d'invalidité et la rente d'incapacité- toutes deux versées par la Sécurité sociale. Pour les bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'une pension d'invalidité, la Majoration pour Tierce Personne (MTP) peut également être accordée pour financer l'aide humaine pour réaliser les activités de la vie quotidienne. A cette logique d'assurance du revenu s'oppose une logique d'assistance qui vise des personnes pour lesquelles leur état de santé et leur handicap les placent dans une situation d'impossibilité de gain –et non dans une situation de réduction ou de suppression de gain-, soit qu'elles n'aient jamais travaillé (handicap précocement acquis) soit qu'elles n'aient plus travaillé depuis longtemps (Aballea et Marie, 2012). Ce principe d'assistance est porté par l'Etat et les collectivités territoriales qui assurent des revenus minimum dont l'un est spécifique aux personnes handicapées (AAH) et un autre à la retraite (ASPA). Ces allocations ouvrent droit à la CMU de base devenue Protection Universelle Maladie (PUMA) le 1^{er} janvier 2016, permettant le remboursement des soins médicaux (hors ticket modérateur et dépassement d'honoraires).

Si la compensation porte sur l'aménagement du logement, elle peut être en partie financée par le réseau associatif SoliHA, qui intervient en faveur des personnes défavorisées, fragiles ou vulnérables sur le maintien et l'accès au logement.

La Sécurité sociale intervient également pour les personnes handicapées comme pour les assurés de droit commun pour la prise en charge des dépenses de santé (médecine ambulatoire, pharmacie, hôpital, dispositifs médicaux,...) moyennant le versement d'un ticket modérateur. Seuls les bénéficiaires d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité bénéficient de la prise en charge de ce ticket modérateur (dans la limite des tarifs remboursables par les régimes de base de l'assurance maladie, i.e. hors dépassements) par la Sécurité sociale ; les autres personnes handicapées, qu'elles bénéficient ou non d'une autre reconnaissance administrative de handicap (ACTP/PCH) doivent acquitter ce ticket modérateur à moins d'être admises en Affection de Longue Durée (ALD, il s'agit du dispositif de prise en charge des malades chroniques) auquel cas la prise en charge des dépenses de santé à 100% se borne au périmètre strict de la maladie exonérante (HCAAM, 2011). Cette prise en charge de l'Assurance maladie obligatoire des dépenses des assurés est désormais parfaitement observable dans les données du Sniiram. Les organismes de couverture complémentaire complètent ce premier étage de la prise en charge des dépenses de santé en prenant à leur charge le ticket modérateur et les éventuels dépassements, mais les remboursements qu'ils effectuent aux assurés ne remontent pour l'instant pas dans les bases de données, ce qui ne permet donc pas d'avoir une visibilité parfaite sur les restes à charge des ménages après intervention des organismes de couverture complémentaire.

La compensation peut également porter sur les besoins d'aide humaine et matérielle par le biais de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) et de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). Les deux dispositifs PCH et APA ne poursuivent pas les mêmes finalités : l'APA à domicile a pour objectif d'aider à « payer les dépenses nécessaires pour rester vivre à domicile malgré le manque d'autonomie de la personne » alors que la PCH est une « aide personnalisée permettant la prise en charge de dépenses liées au handicap ». La PCH permet de financer principalement de l'aide humaine, de l'aide technique, des aménagements du logement ou du véhicule, mais près de 95% des dépenses de la PCH sont liées au financement de l'aide humaine (Espagnacq, 2013). L'APA finance de l'aide humaine, de l'aide technique et prend en charge l'aide-ménagère ce que ne fait pas la PCH. La

PCH offre le choix de financer un aidant professionnel ou de dédommager un aidant familial : les deux tiers des heures payées le sont au titre de dédommagements d'aidants familiaux (Espagnacq, 2013). L'APA a pour objectif de permettre à une personne vivant seule de rester chez elle, ou de compléter l'aide fournie par un aidant familial en finançant des aidants professionnels¹. L'APA introduit une véritable barrière d'âge car elle ne peut être perçue avant l'âge de 60 ans. En revanche, pour une personne qui percevait la PCH avant 60 ans, elle peut continuer à la percevoir après 60 ans.

Si le handicap est la conséquence d'un accident causé par un tiers responsable –cas de figure qui est toutefois beaucoup moins fréquent que les cas présentés précédemment-, la victime bénéficiera d'une indemnisation par l'assurance pour les préjudices subis, à la fois patrimoniaux (dépenses de santé actuelles consécutives à l'accident et dépenses futures, frais de logement adapté et frais de véhicule adapté, assistance par tierce personne, perte de gains professionnels actuels et futurs, incidence professionnelle, préjudice scolaire, universitaire ou de formation) et extrapatrimoniaux (déficit fonctionnel permanent, préjudice d'agrément dû à l'impossibilité de continuer à pratiquer des activités de loisirs qui étaient régulières avant l'accident, préjudice esthétique permanent, préjudice sexuel, préjudice d'établissement c'est-à-dire perte d'espoir et de chance de réaliser un projet de vie familiale en raison de la gravité du handicap, préjudices permanents exceptionnels) (Fédération Française de l'Assurance). Dans ce cas de figure, la compensation s'effectue en une seule fois pour tous les préjudices subis et elle est généralement le fait d'un seul intervenant, la société d'assurance. Toutefois, la procédure de compensation pouvant souvent prendre des années avant d'aboutir à son terme, les personnes qui se retrouvent dans ce cas de figure peuvent également être amenées à entamer les démarches auprès des organismes cités précédemment (SoliHa, Agefiph,...).

Dans ce présent rapport, nous n'aborderons pas tous les dispositifs de compensation du handicap : nous nous bornerons à étudier, dans une première étape, les dispositifs visant à compenser une incapacité à réaliser une activité professionnelle et dans une seconde étape les dispositifs visant à compenser un besoin d'aide pour réaliser les activités de la vie quotidienne.

Pour une description détaillée de chacun des dispositifs de compensation étudiés dans le rapport, le lecteur pourra se reporter à l'annexe A1 de ce rapport.

1.1 Pensions d'invalidité, rentes d'incapacité et AAH compensent une incapacité à réaliser une activité professionnelle

La logique de ces allocations est de compenser une incapacité à travailler en versant des revenus de substitution aux adultes handicapés (Weber, 2011) (voir annexe A2). Si la personne est en activité professionnelle (ou a cotisé suffisamment), c'est la sécurité sociale qui reconnaît le statut de « personne handicapée » au travers du versement d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail, variant selon son degré de perte de capacité par rapport à l'activité professionnelle. Dans un cas comme dans l'autre, le montant de la compensation est d'autant plus important que l'individu se trouve dans une situation éloignée du maintien dans l'emploi (trois catégories de pensions d'invalidité associées à des montants croissants de compensation, rentes d'incapacité de travail assises sur le taux d'incapacité partielle permanente).

¹ En dehors du conjoint, il est possible d'employer un membre de sa famille.

L'Allocation Adulte Handicapé (AAH) est en revanche un minimum social qui vise à assurer un revenu pour les personnes en situation de handicap qui ont plus de 20 ans ; elle est versée par la caisse d'allocations familiales.

Entre trois reconnaissances administratives de handicap qui visent à compenser une incapacité à réaliser une activité professionnelle, il existe une ligne de partage très nette entre d'un côté pensions d'invalidité et rentes d'incapacité qui garantissent à leurs bénéficiaires une exonération du ticket modérateur pour leur dépense de santé remboursable (Aballea et Marie, 2012, Lengagne et al., 2014) et l'AAH de l'autre, dont les bénéficiaires sont assimilés à des assurés de droit commun du point de vue de la prise en charge des dépenses par les régimes de base de l'Assurance maladie. L'avantage conféré par l'exonération du ticket modérateur au titre de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité est plus large que celui associé à l'ALD, limité au seul périmètre de la pathologie exonérante.

1.2 Quel impact du passage à la retraite pour la perception des allocations compensant une incapacité à réaliser une activité professionnelle ?

De très nombreux rapports présentent la « barrière d'âge de 60 ans » comme le moment d'un basculement entre un champ de prise en charge –celui du handicap prétendument plus généreux– vers celui de la dépendance, basculement qui serait lourd de conséquences pour les personnes concernées qui seraient à la fois exposées à une diminution de revenus et à une perte de droits une fois passé ce seuil (Bonnet, 2004, Blanc, 2006, Weber, 2011, Gohet, 2013). Pourtant, si on l'examine plus précisément, ce « seuil de 60 ans » ne revêt aucune réalité particulière pour les personnes qui perçoivent des allocations compensant une incapacité à réaliser une activité professionnelle. Dans un premier temps, aucune des allocations analysées supra –pension d'invalidité, rente d'incapacité, AAH– ne s'interrompt à l'âge de 60 ans ; ces allocations peuvent même être demandées au-delà de l'âge de 60 ans, à condition que la demande se fasse avant l'âge légal du départ en retraite. Par ailleurs, l'âge de la retraite n'est pas non plus une barrière pour les personnes qui bénéficient d'une rente d'accident du travail, qui est une rente viagère. Cette rente d'accident du travail n'est pas prise en compte dans les revenus pour prétendre à l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) et est donc cumulable avec l'ASPA ou une pension de retraite. Par ailleurs, pour les allocataires qui se sont vu attribué un taux d'incapacité permanente égal ou supérieur à 66,6%, l'exonération du ticket modérateur pour tous les soins et traitement reste acquise au-delà de l'âge de la retraite.

L'âge de la retraite marque en revanche une bascule, avec la possibilité de bénéficier de nouvelles prestations pour les individus qui sont reconnus inaptes au travail, de même que la fin d'autres prestations (AAH avec une reconnaissance à moins de 80% de handicap et la pension d'invalidité²). S'agissant des nouvelles prestations, les personnes reconnues inaptes au travail peuvent notamment prétendre percevoir le minimum vieillesse (cf. annexe A2). Les personnes qui ont eu une activité avant leur accident de travail ou leur reconnaissance d'invalidité peuvent exercer le droit d'obtenir une pension de retraite à taux plein (50%) à l'âge légal du départ en retraite sans avoir nécessairement cotisé le nombre de trimestres nécessaires.

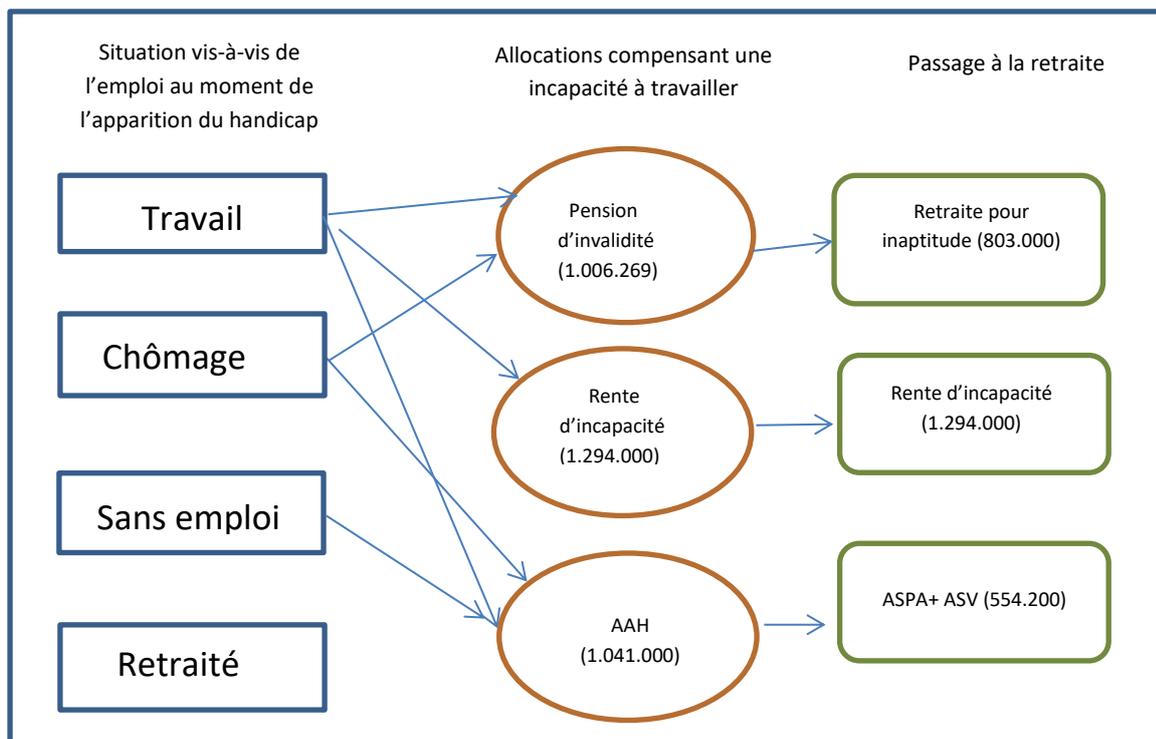
² A noter toutefois que dans les régimes de la fonction publique et dans certains régimes spéciaux (RATP, SNCF, par exemple), les pensions d'invalidité sont versées jusqu'au décès des personnes pour un montant inchangé par rapport à ce qui prévalait avant l'âge de la retraite (Aubert et al., 2016).

Certains dispositifs cessent d'être versés aux bénéficiaires à l'âge de la retraite : l'AAH avec la reconnaissance d'un taux compris entre 50 et 79% de handicap et la pension d'invalidité (cas traité supra). Les personnes qui bénéficiaient du versement de l'AAH avec une reconnaissance à moins de 80% de handicap sont toutefois éligibles à l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), qui est un minimum social, comme l'AAH. Pour les personnes seules qui ne perçoivent plus l'AAH, le passage à l'ASPA ne s'accompagne pas d'une baisse de revenu, ou alors symbolique (passage de 808€ [AAH] à 801€ [ASPA]). Pour les personnes bénéficiant de l'AAH et du complément de ressources avant l'âge de départ à la retraite (6% des bénéficiaires de l'AAH), le complément de ressources ne peut plus être perçu après l'âge de la retraite. Ces personnes peuvent toutefois basculer à la majoration pour la vie autonome (MVA), à condition qu'elles répondent aux critères d'éligibilité à cette allocation complémentaire.

A l'issue de ce panorama sur les allocations des personnes qui bénéficient d'une reconnaissance d'inaptitude professionnelle, il apparaît que les personnes qui en sont bénéficiaires perçoivent plus souvent des revenus plus faibles avant l'âge de la retraite que les personnes qui ne perçoivent pas ces allocations (Abrossimov et Cherèque, 2014, Chaput et al., 2015). Les revenus issus de ces dispositifs étaient faibles avant le passage à la retraite, ils sont maintenus à un niveau constant ou presque au moment du passage à la retraite.

Si la barrière d'âge n'est pas décisive en termes de revenus pour les personnes qui perçoivent des allocations compensant une incapacité à réaliser une activité professionnelle, elle n'est toutefois pas neutre en ce qui concerne l'accès à la couverture complémentaire, qui ne s'effectue pas dans des conditions symétriques avant et après 60 ans, selon que les personnes handicapées continuent de travailler ou non. En France, il existe deux types de contrats d'assurance complémentaire santé : les contrats individuels et les contrats collectifs. Les contrats collectifs, réservés aux actifs, proposent un niveau de couverture plus élevé que celui des contrats individuels et sont souvent moins coûteux pour l'assuré, la prime des contrats collectifs étant partagée entre l'employé et l'employeur. Les primes des contrats collectifs dépendent de l'âge moyen du pool d'assurés, mais ne peuvent dépendre de l'âge au niveau individuel du salarié (Leduc et Montaut, 2016). Les personnes handicapées qui sont en situation de continuer à travailler ont plus de chance d'être couvertes et de bénéficier d'un contrat collectif aux garanties généralement plus protectrices (Jusot et Pierre, 2015). Si les contrats individuels ne peuvent pas prendre en compte explicitement l'état de santé de la personne, ils sont cependant autorisés à appliquer une tarification en fonction de l'âge de l'individu (Garnero et Rattier, 2011). Les personnes âgées de plus de 60 ans sont majoritairement couvertes par un contrat individuel de complémentaire santé (86% des 60 ans et plus contre 57% des 25-59 ans en 2008 (Garnero et Rattier, 2011), qui non seulement offrent des niveaux de couverture potentiellement moins favorables que les contrats collectifs mais qui s'avèrent également plus onéreux pour les souscripteurs. Par conséquent, même si le reste à charge après intervention des complémentaires était identique de part et d'autre de la barrière de 60 ans, et que ces deux populations étaient majoritairement assurées par des contrats individuels de même niveau de garantie, la somme qui resterait à la charge de l'assuré serait plus élevée après 60 ans qu'avant, étant donné le principe de la tarification à l'âge. En ce qui concerne les personnes handicapées de moins de 60 ans qui ne travaillent pas, elles sont soit couvertes par le conjoint ou les parents si la situation est envisageable, soit couvertes par des contrats acquis à titre individuel. La généralisation de la couverture santé d'entreprise exclut les inactifs.

Graphique 1 : Allocations compensant une incapacité à réaliser une activité professionnelle et transformations au moment du passage à la retraite (effectifs des bénéficiaires en 2014)



Source pour les effectifs des dispositifs : (DREES, 2016, Soc., 2016)

1.3 Les allocations compensant un besoin d'aide pour réaliser les activités de la vie quotidienne

L'allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP)

L'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), mise en place par la loi du 30 juin 1975, poursuit l'objectif de financer l'aide d'une tierce personne pour les actes essentiels pour les personnes qui ne peuvent les réaliser en raison d'un handicap (Espagnacq, 2012a). Elle concerne les personnes âgées entre 20 ans et 60 ans au moment de la demande. Toutefois, une personne bénéficiaire de l'ACTP avant 60 ans peut continuer à percevoir la prestation au-delà de cet âge de 60 ans (Espagnacq, 2013). Pour prétendre au versement de cette prestation monétaire versée par le Conseil départemental, la personne doit avoir un taux d'incapacité permanente d'au moins 80% (article L 821-1 du code de la Sécurité sociale) et avoir besoin de l'aide d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie quotidienne (se laver, marcher, s'habiller,...). La prestation est versée, sans contrôle d'effectivité, sous condition que le demandeur perçoive des ressources qui ne dépassent pas 9 701€ annuels pour une personne seule (19 403€ pour une personne en couple). Le montant de l'ACTP varie entre 441,67€ et 772,93€ en fonction des besoins de la personne. Le dispositif a été

remplacé au 1^{er} janvier 2006 par la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) mais les personnes qui bénéficiaient de l'ACTP peuvent en conserver le bénéfice ou au contraire d'opter pour la PCH, dès lors qu'ils remplissent les critères d'éligibilité. Depuis le 1^{er} janvier 2006, il n'y a plus de nouvel entrant dans le dispositif de l'ACTP.

Au 31 décembre 2014, on dénombrait 71 800 bénéficiaires de l'ACTP en France (Soc., 2016).

La Prestation de Compensation du Handicap (PCH)

La prestation de compensation du handicap (PCH) est une aide personnalisée visant à financer les besoins de compensation des personnes handicapées au regard de leur projet de vie (Espagnacq, 2013). La prise en charge individualisée prévue par la PCH s'appuie sur un plan personnalisé de compensation (PPC), élaboré par une équipe pluridisciplinaire de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) (CNSA, 2014). La PCH a été créée par la loi du 11 février 2005 et elle est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2006. Elle a remplacé l'ACTP mais les deux prestations sont au final assez différenciées. L'ACTP vise essentiellement à financer de l'aide humaine (même si le bénéficiaire peut utiliser une partie du montant de son allocation pour financer des aides techniques, mais cela n'augmente pas le montant de l'enveloppe dont il bénéficie), tandis que la PCH prend en compte l'aide humaine, les aides techniques et l'aménagement du logement (Dos Santos et Lo, 2011). La PCH comprend cinq éléments : (1) les aides humaines, (2) les aides techniques, (3) l'aménagement du logement, du véhicule et les surcoûts éventuels liés aux frais de transport, (4) les charges spécifiques ou exceptionnelles, (5) les aides animalières. Si l'ACTP est une prestation monétaire, la PCH est au contraire une prestation en nature (paiement sous contrôle d'effectivité). Près de 95% des dépenses de la PCH sont liés au financement de l'aide humaine (Espagnacq, 2013). Le volet « aide humaine » de la PCH permet de financer de l'aide humaine uniquement pour les actes essentiels de la vie : la toilette, l'habillement, ... mais pas pour la préparation des repas, ni pour le ménage, ni pour les courses. La PCH offre le choix de financer un aidant professionnel ou de dédommager un aidant familial : les deux tiers des heures payées le sont au titre de dédommagements d'aidants familiaux (Espagnacq, 2013).

Les critères d'obtention de la PCH ont une logique différente de ceux de l'ACTP.

Une personne peut être éligible à la PCH si son handicap génère de façon définitive ou pour une durée prévisible d'au moins un an :

- une difficulté absolue pour réaliser au moins une activité essentielle de la vie quotidienne (mobilité, entretien personnel, communication, tâches et exigences générales et relations avec autrui).
- une difficulté grave pour réaliser au moins deux activités essentielles de la vie quotidienne

Par conséquent, des personnes qui n'étaient pas éligibles à l'ACTP peuvent potentiellement l'être à la PCH (personnes sourdes, certaines personnes atteintes de maladies chroniques telles que les cancers (Espagnacq, 2012a),...).

L'accès à la PCH n'est pas soumis à condition de ressources, mais une participation de 20% est laissée à la charge du bénéficiaire si ses ressources annuelles –hors champ de celles qui sont issues de l'activité professionnelle- sont strictement supérieures à 26 500€ (données 2017), ce qui est une situation très peu courante. Même si sa situation financière lui permet de bénéficier d'une prise en charge à 100%, le bénéficiaire de la PCH bénéficie d'une prise en charge des seuls montants accordés au titre de la PCH, ce qui peut le laisser potentiellement face à un reste à charge si le montant prévu par la PCH est insuffisant pour couvrir le coût d'acquisition d'un élément d'aide. De plus, la prise en

charge par la PCH est de 50 % pour les aménagements du logement au-delà de 1 500 euros (Espagnacq, 2012a). Le montant de la PCH pour l'aide humaine n'est pas plafonné, mais il existe un temps accordé par type d'acte et le tarif selon le type d'aidant est fixe. Compte tenu de ces contraintes, en 2012, le montant moyen de la PCH versé par les conseils départementaux était de 775 euros (Espagnacq, 2012a).

En décembre 2014, on dénombrait 252 400 personnes bénéficiaires de la PCH en France (Soc., 2016).

Les dispositifs de l'ACTP et de la PCH étant assez différents, il n'est pas étonnant de constater que les bénéficiaires de chaque dispositif ont des caractéristiques nettement différenciées. Les allocataires de la PCH sont plus souvent représentés dans les tranches d'âge extrêmes (18% ont entre 20 et 29 ans versus 12% pour les bénéficiaires de l'ACTP) et 21% ont entre 55 et 59 ans (contre 18% pour l'ACTP)(Dos Santos et Lo, 2011). Par ailleurs, les bénéficiaires de la PCH sont beaucoup plus souvent en couple que les bénéficiaires de l'ACTP (46% versus 29%). Les allocataires de la PCH occupent un peu plus souvent un emploi que les bénéficiaires de l'ACTP (24% versus 13%). Les populations ne présentent pas non plus les mêmes types de déficience : les déficients intellectuels et les déficients visuels sont relativement nombreux parmi les bénéficiaires de l'ACTP alors que parmi les bénéficiaires de la PCH figure une plus forte part de personnes présentant une déficience auditive et langagière (Dos Santos et Lo, 2011).

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)

L'allocation personnalisée d'autonomie est une émanation de la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001. Cette allocation est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2002 en remplacement de la prestation spécifique dépendance (PSD) : « *toute personne âgée, résidant en France, qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental, a droit à une allocation permettant une prise en charge adaptée à ses besoins* » (Fouquet et al., 2009). L'APA à domicile permet de financer une partie des dépenses nécessaires au maintien de la personne à domicile (aide aux courses, préparation ou portage des repas, ménage, toilette,...). La personne qui demande à recevoir l'allocation doit avoir au moins 60 ans. La perte d'autonomie du demandeur est évaluée à partir de la grille AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso-Ressources). Un GIR 1 signe un niveau de dépendance très élevé tandis qu'un GIR 6 signifie que la personne est autonome. Seul le classement dans un des quatre premiers niveaux de GIR permet l'attribution de l'APA, dont le montant est limité par des plafonds d'aide croissants avec le niveau de dépendance (CNSA, 2015). En 2017, le montant mensuel maximal s'élève à 1 714€ pour un GIR1, 1 376€ pour un GIR 2, 994€ pour un GIR 3 et 663€ pour un GIR4. Les personnes ayant recours à l'APA doivent s'acquitter d'un ticket modérateur qui dépend des ressources des bénéficiaires. En 2011, 16% des bénéficiaires de l'APA étaient dispensés du ticket modérateur. Pour ceux qui devaient payer un ticket modérateur, le reste à charge financier était inférieur à 60 euros mensuels pour la moitié des plans d'aide notifiés (Bérardier, 2014). L'APA prend en charge le financement des actes de la vie domestique (ménage, préparation ou portage des repas, entretien de la maison), ce que ne permet pas la PCH.

En décembre 2014, 1,25 million de personnes âgées dépendantes bénéficient de l'APA en France. Parmi ces bénéficiaires, 59% vivent à domicile (soit 737 500 personnes environ) et 41% en établissement d'hébergement pour personnes âgées (Soc., 2016).

1.4 Quel impact du passage à la retraite pour les allocations compensant un besoin d'aide pour réaliser les activités de la vie quotidienne ?

Cette barrière d'âge de 60 ans dans les politiques visant à compenser l'incapacité à réaliser les actes de la vie quotidienne est d'apparition assez récente (Bonnet, 2004, Weber, 2011, Imbert, 2013). Au moment de sa création par la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975, l'ACTP n'introduisait pas de barrière d'âge limite de perception de la prestation. La barrière d'âge n'a fait son apparition qu'avec la création de la prestation spécifique dépendance (PSD), ancêtre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), qui constitue la première prestation ciblant explicitement les personnes âgées de 60 ans et plus (Weber, 2011, Imbert, 2013). Cette scission selon l'âge a été sanctuarisée en 2002, avec la création de l'APA en remplacement de la PSD et a été confirmée en 2006, avec le remplacement de l'ACTP par la prestation de compensation du handicap (PCH) incluant également des restrictions sur l'âge.

Ni l'âge de 60 ans ni l'âge de la retraite n'ont d'impact sur les droits des personnes qui bénéficiaient avant 60 ans de l'ACTP, ou de la PCH ou de la Majoration pour Tierce Personne (MTP) car les droits à chacune de ces prestations se poursuivent dans les mêmes conditions après 60 ans. S'agissant de la MTP (déjà décrite supra), elle est adjointe à une pension d'invalidité (3ème catégorie) ou à une rente d'accident du travail, si le recours à une tierce personne est nécessaire dans les actes ordinaires de la vie. Pour en bénéficier, il faut donc ne pas avoir atteint l'âge légal à la retraite de sa génération. Les personnes continuent à la percevoir après 60 ans même si les financeurs qui la prennent en charge changent de part et d'autre de l'âge de la retraite –financée par la Sécurité sociale avant et par la caisse de retraite après-.

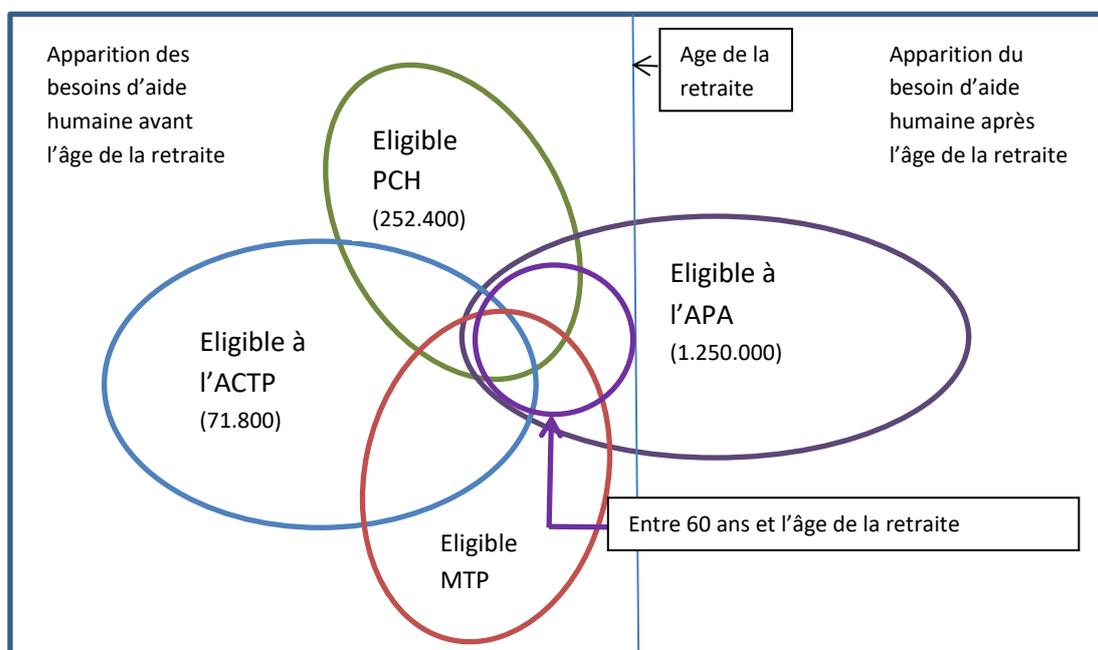
Pour la PCH, il y a deux dérogations qui permettent de l'obtenir après 60 ans : si la personne répond aux critères d'éligibilité et si elle pouvait en bénéficier avant cet âge (sous réserve de demander cette aide avant 75 ans) ou si la personne exerce une activité professionnelle au-delà de 60 ans sans qu'elle soit tenue pour autant de justifier de l'existence d'un handicap avant 60 ans. La part des bénéficiaires de la PCH de plus de 60 ans est loin d'être négligeable puisqu'elle représente 20% de l'ensemble des bénéficiaires de la prestation (Borderies et Trespeux, 2015). Du fait de l'arrêt des nouveaux entrants dans le dispositif de l'ACTP depuis 2006, les personnes qui en bénéficient ont tendance à être relativement âgées (27,5% ont plus de 60 ans) (Borderies et Trespeux, 2015).

Donc pour tous les entrants dans ces dispositifs avant l'âge de 60 ans, il n'y a aucune barrière d'âge susceptible d'interrompre leurs droits. En revanche, la barrière d'âge de 60 ans existe bien pour une personne qui serait âgée de plus de 60 ans et dont le handicap serait apparu postérieurement à l'âge de 60 ans et qui n'est plus en activité professionnelle : cette personne ne peut dans ce cas revendiquer le droit de percevoir la PCH, tout comme une personne âgée de moins de 60 ans ne peut prétendre à percevoir l'APA (Imbert, 2013). Il n'est pas aisé d'évaluer dans quelle mesure la barrière d'âge est problématique dans la mesure où elle sépare des dispositifs qui répondent à des logiques

différentes. Par ailleurs, les dispositifs de compensation ne sont pas parfaitement comparables avant et après 60 ans : ainsi, la PCH permet de financer certains dispositifs médicaux (par exemple l'équipement en fauteuil électrique), ce que ne permet pas l'APA, tandis qu'au contraire l'APA prend en charge le financement des actes de la vie domestique (ménage, préparation ou portage des repas, entretien de la maison), ce que ne permet pas la PCH. Le débat sur la barrière d'âge est souvent illustré par l'exemple de la comparaison de deux individus semblables et se différenciant seulement par leur âge, 59 ans pour le premier, 61 ans pour le second en supposant qu'il ne travaille pas et ne peut donc prétendre percevoir la PCH, tous deux victimes d'un accident vasculaire cérébral. Les deux, grâce à l'APA ou la PCH, auront droit à des heures d'aide pour les actes essentiels de la vie quotidienne (toilette, habillage,...). Le premier peut bénéficier de la PCH dont le périmètre des aides lui permettra d'aider au financement d'un fauteuil électrique au titre des aides techniques (à hauteur de 2702,81€ par la PCH, qui s'ajoute aux 2702,81€ pris en charge par l'assurance maladie obligatoire), mais il devra financer lui-même ses besoins récurrents et quotidiens en termes d'aide domestique. En revanche, son homologue âgé de 61 ans à la retraite, lui aussi victime d'un AVC, ne pourra prétendre à la PCH et pourra prétendre à l'APA qui lui permettra de financer des heures d'aides domestiques.

Dans ce contexte, la question de l'équité entre les dispositifs de la PCH et de l'APA a été régulièrement questionnée dans de nombreux rapports (Bonnet, 2004, Blanc, 2006, Gohet, 2013). La question est d'autant plus épineuse à régler que certaines situations se satisfont sans doute très bien de cette ligne de partage tandis que d'autres peuvent avoir à en pâtir.

Graphique 2 : Allocations compensant un besoin d'aide pour réaliser les activités de la vie quotidienne avant et après l'âge de la retraite (effectifs des bénéficiaires en 2014)



Source pour les effectifs des dispositifs : (Soc., 2016)

L'échelle du schéma représenté ci-dessus n'est pas représentative des populations éligibles. Le schéma montre néanmoins que les personnes ayant développé le besoin d'une tierce personne pour

réaliser les activités de la vie quotidienne avant l'âge de la retraite sont potentiellement éligibles à quatre types d'allocation (PCH, ACTP, MTP, APA) tandis que les personnes développant un besoin après l'âge de la retraite ne le sont qu'à une seule, l'APA.

Dans la population générale, les personnes qui bénéficient d'une reconnaissance de handicap pour compenser une incapacité à réaliser une activité professionnelle sont dix fois plus nombreuses que celles qui bénéficient d'une reconnaissance en lien avec un besoin d'aide pour réaliser les activités de la vie quotidienne : 3 341 269 personnes dans la première catégorie et 324 200 dans la seconde (tableau 2). Toutefois, il faut souligner que les effectifs relatifs aux bénéficiaires de dispositifs visant à compenser l'incapacité à réaliser une activité professionnelle sont susceptibles de dissimuler des doubles comptes : une personne qui cumule une AAH ainsi qu'une pension d'invalidité apparaîtra deux fois dans les données du tableau 1. On ne connaît donc pas avec exactitude les effectifs de personnes qui ne bénéficient que d'un seul dispositif ni ceux qui en bénéficient de plusieurs.

Tableau 1. Effectifs en nombre de bénéficiaires des différents dispositifs de reconnaissance administrative

Dispositif	Nombre de bénéficiaires fin 2014	Source
Pension d'invalidité	1 006 269	(Soc., 2016)
Rente d'incapacité	1 294 000	(Soc., 2016)
AAH	1 041 000	(Soc., 2016)
Minimum vieillesse (ASPA+ASV)	554 200	(DREES, 2016)
ACTP	71 800	(Soc., 2016)
PCH	252 400	(Soc., 2016)
APA	1 250 000	(Soc., 2016)

Note de lecture : fin 2014, on dénombre 1 006 269 bénéficiaires d'une pension d'invalidité.

Tableau 2. Synthèse des règles d'attribution des différents types d'aide

	Conditions d'accès			Type d'aide	Montant variable selon les ressources	Montant variable selon l'incapacité	prestations complémentaires	Financier
	Age	Niveau de handicap/taux d'incapacité	Conditions de ressources					
AAH	A partir de 20 ans	Taux d'incapacité ≥ 80%	Oui	Allocation mensuelle forfaitaire	Oui	Non	Complément de ressources / majoration pour la vie autonome	Etat
PCH	<60 ans	Difficulté absolue pour réaliser 1 activité de la vie courante	Non	Prise en charge de certaines dépenses liées au handicap	Oui	Oui (modulée selon les besoins)	AEEH ou AAH	Département/CNSA
ACTP	A partir de 20 ans	Taux d'incapacité ≥ 80%	Oui	<i>L'ACTP a été remplacée en 2006 par la PCH mais les personnes qui la percevaient avant peuvent continuer d'en bénéficier.</i>				Département
Indemnisation en cas d'IP	De 20 ans à l'âge de départ en retraite	Incapacité partielle permanente (IPP) ≥ 25%	Non mais l'incapacité doit être liée à une maladie professionnelle	Taux IPP <10% : Indemnité forfaitaire en capital Taux IPP ≥ 10% : rente viagère	Non	Oui	Prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP)/ majoration pour tierce personne (MTP)	Sécurité sociale
Pension d'invalidité	De 20 ans à l'âge de départ en retraite	Réduction d'au moins 2/3 la capacité de travail ou de gain.	Non mais condition de durée minimale cotisée	% du salaire annuel moyen (/10 meilleures années)	Non	Oui	Majoration pour tierce personne / Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)	Sécurité sociale
APA	> 60 ans	Rattachement à l'un des groupes 1 à 4 de la grille AGGIR	Non	Pas de limite de durée.	Oui	Oui	Cumul possible avec d'autres revenus	Département/CNSA
Pension d'invalidité	> âge légal de départ en retraite	Personnes inaptes au travail (bénéficiaires d'une rente AT-MP ou d'une pension d'invalidité ou allocataires de l'AAH)		Dispositif dérogatoire permettant de partir en retraite au taux plein dès l'âge légal.				Sécurité sociale

Source : (Soc., 2016)

Partie 2. Données, outils et méthodes

2.1 L'enquête Handicap Santé Ménage

Les analyses statistiques qui suivent ont été réalisées à partir des données de l'enquête Handicap Santé réalisée par l'Insee³ et la Drees⁴. L'enquête Handicap-santé comprend un volet « ménage » collecté en 2008 et un volet « institution » dont les données ont été recueillies en 2009 par l'Insee. Cette enquête Handicap-Santé s'appuie sur les enseignements de l'enquête HID (réalisée en 1998-1999 par l'Insee) et intègre le nouveau contexte institutionnel consécutif à la loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

2.1.1 Méthode d'échantillonnage et appariement

Le volet « ménage » concerne les personnes vivant à domicile. La collecte des données relatives à ce volet s'est organisée en deux phases. La première phase consistait en la diffusion d'un premier questionnaire sur la « vie quotidienne et santé » (questionnaire VQS) tandis que la deuxième s'appuyait sur les résultats de la première pour organiser la diffusion de l'enquête HSM (Handicap-Santé-Ménage).

Echantillonnage de l'enquête VQS :

La première enquête filtre intitulée Vie Quotidienne et Santé (VQS) a été réalisée en 2007 auprès de 141 141 ménages (soit 260 000 individus) par courrier, téléphone ou face-à-face. Elle comprenait 26 questions sur la situation potentielle de handicap de l'individu interrogé et avait pour objectif de constituer la base de sondage pour l'enquête principale.

La base de sondage de l'enquête VQS était divisée en deux parties, la première partie centrée sur la métropole et la seconde sur les départements d'outre-mer. L'échantillonnage de la partie métropole (échantillon national et extensions départementales) provenait du recensement 2006 (EAR 2006). La deuxième partie a été construite à partir du recensement EEDOM. Après la collecte, les redressements pour non réponse ainsi que le partage des poids pour les départements avec extension (entre l'échantillon « national » et l'échantillon « en extension ») ont été calculés.

Les réponses à l'enquête VQS ont également permis de calculer un « score » de handicap allant de 0 à 100 pour chaque individu. Au début du questionnaire, chaque individu était gratifié d'un score initial nul augmentant potentiellement en fonction des réponses aux questions VQS. Dans le but de détecter quelles variables de l'enquête VQS étaient susceptibles de définir une situation de handicap plus ou moins grave, l'Insee avait réalisé au préalable une analyse discriminante et une régression logistique sur les données VQS de l'enquête HID (relativement similaire à celle de l'enquête HSM) afin de classer les variables (enquête VQS de HSM) dans différents groupes de sévérité et ainsi calculer les « scores » initiaux. Le score final de chaque individu est ensuite calculé de la manière suivante :

$$\text{«score» final} = (\text{«score» initial}) / (\text{score_maximal_possible}) * 100$$

³ Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE).

⁴ Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES).

Où le score maximal possible correspond au score le plus élevé que la personne pourrait avoir compte tenu des questions auxquelles elle a répondu. Cela permet de prendre en compte la non-réponse partielle.

Par la suite, quatre strates de tirage de l'échantillon pour l'enquête principale ont été formées en fonction du score et de l'âge de l'individu.

Tableau 3. Les strates de tirage de l'échantillon de deuxième phase

	moins de 19 ans	20-59 ans	60-79 ans	80 ans ou plus	Groupe VQS	Taux de sondage en 2 ^{ème} phase (%)
Score <	1	4	5	6	I	7,5
	10	12	25	40	II	21,0
	25	30	45	65	III	51,4
Score >=	25	30	45	65	IV	97,0

Note de lecture : un individu âgé de 65 ans avec un score inférieur à 25 appartiendra au groupe VQS numéro 2.

Source : Bouvier G. (2011), INSEE

La procédure de tirage stratifié retenue par l'Insee vise à assurer des effectifs suffisants par groupe VQS que ce soit au niveau national ou dans chaque département ayant fait l'objet d'une extension⁵.

Echantillonnage de l'enquête HSM et pondération :

L'échantillonnage de HSM a été réalisé par strates en fonction de l'échantillonnage géographique de l'enquête VQS et des quatre groupes de sévérité de handicap. Les groupes présentant une situation présumée sévère de handicap ont été surreprésentés. En effet, dès la mise en œuvre de l'enquête HID qui précédait l'enquête HSM, il est apparu nécessaire de maintenir un nombre suffisant de personnes en situation de handicap dans les effectifs afin de bien capter les diverses situations de handicap tout en conservant également un nombre suffisant de personnes en bonne santé pour pouvoir effectuer des comparaisons. Cette surreprésentation des personnes en situation sévère de handicap est également utile dès lors qu'il arrive parfois que l'enquête VQS ne capte pas un problème de santé qui est identifié par la suite dans l'enquête HSM. Une fois l'enquête récoltée, les redressements et calages sur marges ont été effectués et une pondération a été attribuée à chaque individu.

L'enquête HSM a été appariée avec les données de l'Assurance Maladie (données SNIIRAM⁶) ce qui permet de récupérer pour une grande partie des enquêtés (environ 70% d'entre eux dans l'enquête HSM) leurs consommations de soins par poste de dépenses.

⁵ Pour cette enquête, l'échantillonnage et les effectifs assurent une représentativité nationale. Les régions le souhaitant pouvaient financer des extensions régionales permettant des exploitations à un niveau régional

⁶ Système National d'Informations Inter Régimes d'Assurance Maladie (SNIIRAM).

Cet appariement présente plusieurs intérêts. Il permet d'abord d'analyser les questions de recours aux soins en se basant non pas uniquement sur les déclarations faites par les enquêtés mais également sur le recours objectivé tel qu'il est renseigné par les données de l'Assurance maladie. Il rend également possible la réalisation d'études sur les dépenses de santé et les restes à charge des personnes qui figurent dans l'enquête. L'étude des dépenses et des restes à charge peut être entreprise à la fois en niveau et en détaillant également la structure par poste : dépenses de généralistes, dépenses de spécialistes, pharmacie, actes médicaux infirmiers, actes de soins infirmiers, kinésithérapie, dispositifs médicaux, biologie, transport, autres dépenses ambulatoires, dépenses d'hospitalisation MCO, dépenses d'hospitalisation SSR, dépenses d'hospitalisation psychiatrique, séances à l'hôpital.

Dans l'enquête Handicap Santé Ménages (HSM) figurent des données relatives aux revenus des personnes en situation de handicap. La personne interrogée est questionnée sur les types de revenus qu'elle perçoit (salaires, revenus d'activité non salariée, pensions de retraite, allocations, etc.) puis sur le montant total des revenus perçus au niveau du ménage. La DREES a démontré que les revenus collectés dans l'enquête HSM étaient sous-estimés par rapport à la distribution des revenus de l'Enquête sur les Revenus Fiscaux et Sociaux (ERFS) de l'Insee, qui correspond au standard de fiabilité le plus élevé en matière de mesure de revenus (Abrossimov et Chereque, 2014). La DREES estime que *« les montants moyens, médians et les déciles de revenus sont inférieurs de 20% en moyenne, et ne peuvent donc être utilisés en valeur absolue. Ils ne peuvent a fortiori pas être utilisés pour évaluer la situation des personnes en termes de pauvreté monétaire »* (Abrossimov et Cherèque, 2014). Dans ce présent rapport, nous renonçons donc à utiliser les revenus de l'enquête HSM pour calculer des taux d'effort des ménages sur les dépenses de santé. D'importants progrès seront réalisés en matière de définition des revenus des personnes handicapées quand seront disponibles les données de l'Echantillon Démographique Permanent (EDP) pour lesquelles les revenus sont directement issus des sources DGFIP, présentant une fiabilité nettement accrue par rapport aux données déclaratives habituellement recueillies dans les enquêtes.

2.1.2 Identification des personnes en situation de handicap dans l'enquête HSM

Les méthodes d'identifications de population en « situation de handicap » sont nombreuses dans l'enquête HSM. Certaines questions interrogent le niveau de limitations fonctionnelles et de restrictions d'activités pour réaliser les activités de la vie quotidienne tandis que d'autres permettent d'identifier les allocations perçues des ménages interrogés.

Limitations fonctionnelles et restriction d'activité

Le concept de handicap renvoie à la fois aux atteintes fonctionnelles de l'organisme et aux difficultés que ces atteintes provoquent dans la vie quotidienne (Espagnacq, 2012b). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a formalisé le handicap de la façon suivante : les maladies, accidents ou malformations peuvent engendrer des déficiences, qui sont susceptibles d'être à l'origine de limitations fonctionnelles motrices (se déplacer, saisir des objets), sensorielles (vision de près, de loin,...) ou mentales (comprendre, se souvenir,...). Ces limitations peuvent conduire à des restrictions dans les activités de la vie quotidienne (soins personnels, gestion des tâches ménagères ou administratives, avoir une vie familiale, une activité professionnelle ou des loisirs,...). Il y a restriction de participation sociale ou désavantage social lorsque les difficultés concernent des activités

essentielles en lien avec le rôle social (travailler, gérer sa vie à domicile, gérer les soins personnels). La dépendance est caractérisée par le fait qu'une tierce personne est requise pour assurer la réalisation des activités essentielles de la vie courante (Espagnacq, 2012b).

L'enquête HSM comprend plusieurs questions sur les différentes catégories de limitations fonctionnelles. Nous identifions trois catégories principales, les limitations motrices, les limitations psychiques, intellectuelles et mentales (PIM) et les limitations sensorielles (visuelles et auditives). L'algorithme et les choix de filtres sont présentés en annexe A1. En 2008, 7 millions de personnes soit 16% de la population âgée de 20 ans ou plus déclarent au moins une limitation fonctionnelle. Si l'on se restreint aux personnes âgées de moins de 60 ans, elles représentent 9% de la population contre 33% des 60 ans et plus.

Le questionnaire HSM permet également d'identifier les personnes recourant à de l'aide humaine, professionnelle ou familiale, pour réaliser les activités de la vie quotidienne (annexe A1). En 2008, ce recours à l'aide humaine concerne 4 millions de personnes âgées de 20 ans et plus soit 9% de la population. La part de personnes âgées de plus de 60 ans déclarant recourir à de l'aide humaine est plus importante comparativement aux moins de 60 ans (3% des moins de 60 ans contre 22% des plus de 60 ans).

Reconnaissance administrative de handicap

Dans l'enquête HSM, l'identification des personnes bénéficiant d'une reconnaissance de handicap s'effectue en combinant les réponses à plusieurs questions posées dans le module Revenus-Allocations du questionnaire de l'enquête. On identifie trois allocations compensant l'incapacité à réaliser une activité professionnelle : l'Allocation adulte handicapée (AAH) (annexe A2), la pension d'invalidité (Annexe A2) et les rentes d'incapacité (Annexe A2).

Tableau 4. Effectifs bruts et pondérés des personnes en situation de handicap selon l'enquête HSM

	Personnes âgées de 20 ans ou plus		Personnes âgées de 20 à 59 ans		Personnes âgées de 60 ans ou plus	
	Effectifs bruts	Effectifs et pourcentages pondérés	Effectifs bruts	Effectifs et pourcentages pondérés	Effectifs bruts	Effectifs et pourcentages pondérés
Limitations fonctionnelles	9457	7 320 850 (15.66%)	3 814	2 905 116 (8.7%)	5 643	4 415 734 (33.5%)
Recours à l'aide humaine	6772	4 108 560 (8.79%)	2 373	1 182 519 (3.5%)	4 399	2 926 041 (22.1%)
AAH	1557	745 845 (1.6%)	1 403	677 319 (2.0%)	154	68526 (0.5%)
Pension d'invalidité/retraite pour inaptitude	3351	2 009 328 (4.3%)	2 192	1 197 409 (3.6%)	1 159	812 098 (6.2%)
Rente d'incapacité	845	828 328 (1.77%)	534	494 219 (1.5%)	311	334 110 (2.5%)
ACTP/PCH	237	101 015 (0.22%)	169	70334 (0.2%)	68	30 681 (0.2%)
APA	1078	512 926 (1.10%)			1078	512 926 (3.9%)

Champs : population âgées de 20 ans et plus dans HSM

Les chiffres extrapolés de l'enquête HSM (tableau 4) peuvent être comparés aux données connues sur le nombre de bénéficiaires des différents dispositifs en 2008 (tableau 5) : il peut exister des décalages entre les données extrapolées d'HSM et les données collectées auprès des bénéficiaires des dispositifs, mais dans l'ensemble les chiffres issus d'HSM sont cohérents et les ordres de grandeur entre les différents dispositifs de prise en charge des personnes handicapées sont respectés.

Tableau 5. Effectifs en nombre de bénéficiaires des différents dispositifs de reconnaissance administrative en 2008

Dispositif	Nombre de bénéficiaires fin 2008	Champ	Source
Pension d'invalidité	1 100 000	Tous régimes, 20-59 ans	(PLFSS, 2010)
Rente d'incapacité	845 964	Tous âges	(Cnamts, 2008)
AAH	832 796	Tous taux d'incapacité inclus	(Archimbaud, 2013)
Minimum vieillesse (ASPA+ASV)	575 000	60 ans et plus	(PLFSS, 2010)
ACTP	88 221	A partir données DREES	(EcoSanté, 2012)
PCH	69 385	Tous âges	(EcoSanté, 2012)
APA	680 150	domicile	(PLFSS, 2010)

Note de lecture : En 2008, on dénombre 1 100 000 bénéficiaires d'une pension d'invalidité en France.

2.1.3 Définition des postes de dépenses et de restes à charges

Les postes de dépenses et de restes à charge sont regroupés dans cette étude en 14 groupes dont 10 postes ambulatoires et 4 postes hospitaliers. Les postes de dépenses ambulatoires sont les suivants : la médecine générale ; les soins de spécialistes considérés globalement (dont dentistes, orthoptistes, orthophonistes) ; les soins de kinésithérapie ; les soins infirmiers sont séparés en deux postes : les actes médicaux infirmiers et les actes de soins infirmiers ; la pharmacie ; les dispositifs médicaux, qui englobent quatre sous-postes : l'optique ; les prothèses dentaires ; les prothèses et aides au déplacement (entrent par exemple dans cette catégorie les appareils électroniques de surdité ; les stimulateurs cardiaques ; les véhicules pour personnes handicapées ; ...) ; les appareils et matériel de traitement (forfait de pansement ; appareils et matériels de contention ; appareil générateur d'aérosol ; ...) ; la biologie ; les transports ; les autres dépenses sanitaires ambulatoires (sages-femmes ; autres actes ou actes inconnus infirmiers ; pédicure ; autres prestations diverses et inconnues ; cures thermales). Les quatre postes hospitaliers sont les dépenses de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), la psychiatrie, les services de soins de suite et de réadaptation (SSR) et les séances, qui peuvent être définies comme des présences dans un établissement de santé d'une durée inférieure à 24 heures impliquant habituellement sa fréquentation itérative dans un but thérapeutique.

2.2 Outils d'analyses

Nous présentons dans cette section les deux outils mobilisés pour notre analyse : une classification des personnes recourant à l'aide humaine pour réaliser les activités de la vie quotidienne et une typologie des profils de consommation de soins.

2.2.1 Typologie du recours à l'aide humaine

Les personnes qui recourent à l'aide humaine peuvent le faire pour satisfaire un éventail de besoins qui peut aller du besoin très ciblé sur une seule activité instrumentale de la vie quotidienne (AIVQ ou IADL) à une gamme au contraire très étendue de besoins couvrant l'ensemble des AIVQ comme les AVQ (ou ADL).

Les ADL correspondent aux difficultés à réaliser les activités de la vie quotidienne : difficultés pour se laver, difficultés pour s'habiller, difficultés pour couper la nourriture, difficultés pour manger et boire, difficultés pour se servir des toilettes, difficultés pour se coucher, difficultés pour s'asseoir.

Les IADL correspondent aux difficultés à réaliser les activités instrumentales de la vie quotidienne : difficultés pour faire les courses, difficultés pour préparer les repas, difficultés pour faire les tâches ménagères, difficultés pour faire les petits travaux, difficultés pour faire les tâches administratives, difficultés pour prendre les médicaments, difficultés pour sortir du logement, difficultés pour utiliser les transports, difficultés pour se servir d'un téléphone, difficultés pour se servir d'un ordinateur.

La réalisation d'une classification a pour objectif de caractériser des classes d'individus homogènes en termes de recours à l'aide humaine pour réaliser les activités de la vie quotidienne.

Pour réaliser cette classification, nous avons recouru aux données de l'enquête HSM. Sur l'ensemble des 24 373 personnes âgées de 20 ans ou plus présents dans l'enquête, nous avons retenu l'ensemble des individus ayant déclaré au moins un recours à de l'aide humaine pour réaliser les activités de la vie quotidienne. Le recours à l'aide humaine est identifié dans l'enquête par des variables caractérisant les activités de la vie quotidienne (ADL) et des variables relatives aux activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL) (Dos Santos et Makdessi, 2010)]. Les personnes qui déclarent recourir à de l'aide humaine constituent dans l'enquête un effectif brut de 6772 individus. La classification réalisée a pour objectif de répartir ces individus dans un nombre limité de groupes homogènes de recours à l'aide.

Méthodologie

La méthode de classification réalisée ici est une classification hiérarchique ascendante (CHA) avec Wald⁷ appliquée aux dimensions d'une ACM (Analyse des Correspondances Multiples). La réalisation d'une ACM permet un meilleur partitionnement car l'inertie est concentrée sur les individus les plus influents et en particulier lorsque l'inertie est fortement concentrée dans les premiers axes de l'ACM. De plus, l'ACM permet de visualiser graphiquement les variables de recours à l'aide humaine associées dans les déclarations des individus. Le nombre de classes a été sélectionné par la méthode du saut maximum et à partir de l'analyse du R^2 semi-partiel (SPRSQ) qui mesure la perte d'inertie interclasse provoquée en regroupant deux classes.

Résultats

⁷ Wald pour distance euclidienne : agrégation des individus qui font le moins varier l'inertie intra-classe.

L'ACM réalisée introduit 18 variables binaires soit 18 axes factoriels. Dans la perspective d'identifier le nombre d'axes factoriels à retenir, nous utilisons une méthode analogue à la méthode Kaiser utilisée pour les ACP qui consiste à ne retenir que les axes factoriels supérieurs à la valeur moyenne des valeurs propres de ces axes soit $1/18=0,055$. Ainsi, on retient quatre axes factoriels.

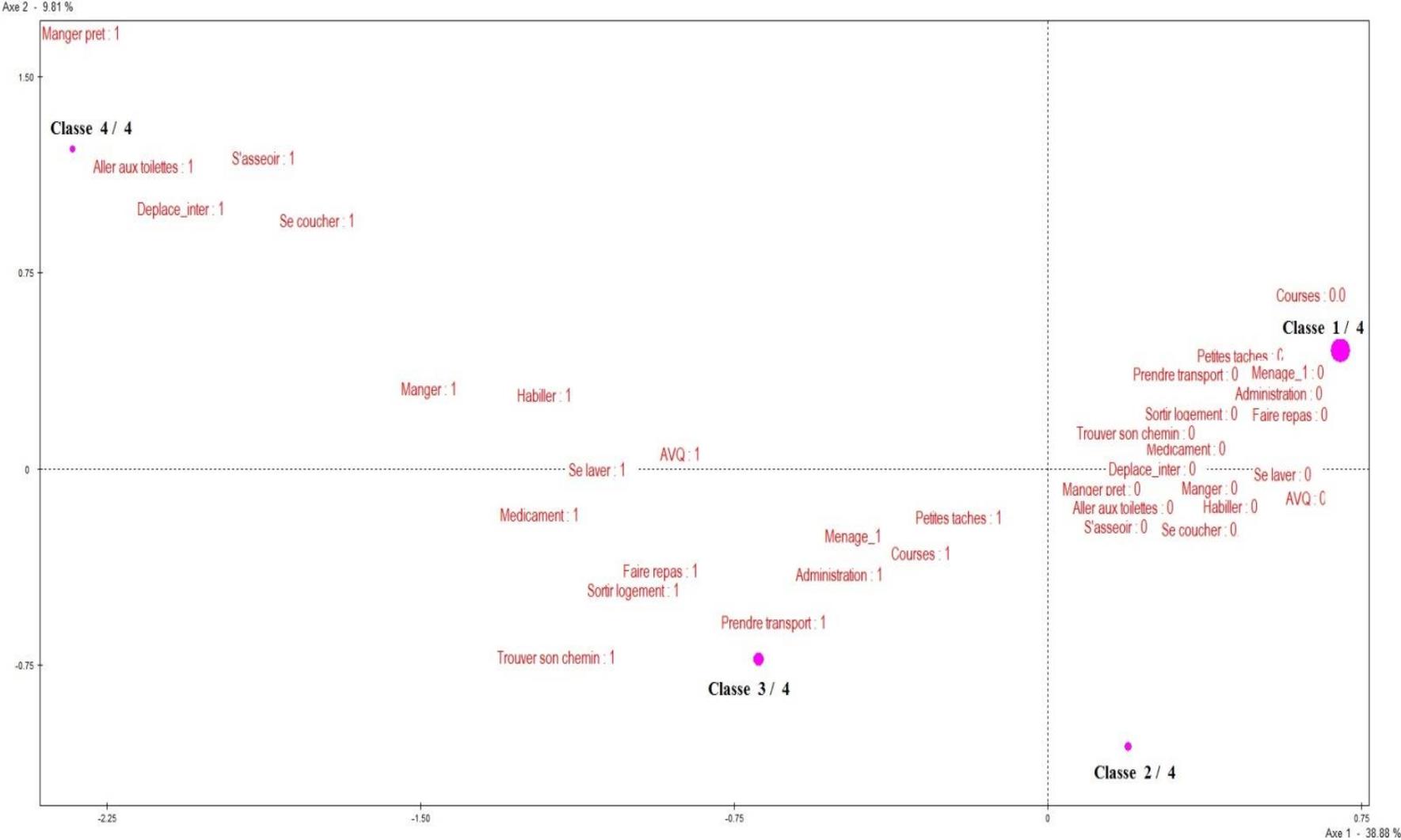
Le premier axe factoriel qui représente 39% de l'inertie (graphique 3) semble caractériser l'intensité du recours à l'aide humaine pour les activités de la vie quotidienne. Ainsi, plus les individus se situent à gauche de l'axe, plus ils déclarent un nombre élevé de recours à une aide humaine. Ainsi les personnes appartenant à la classe 1 sont celles qui ont déclaré un recours à l'aide humaine pour le plus petit nombre d'activités tandis que les individus de la classe 4 qui se situent à gauche du graphique 1 ont un recours à l'aide humaine qui se répartit sur le plus grand nombre d'activités. Le second axe factoriel représentant 10% de l'inertie semble identifier le type d'activité de la vie quotidienne nécessitant l'aide d'une tierce personne avec des valeurs positives pour les Activités de la vie quotidienne (AVQ) et une valeur négative pour les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ).

La classification obtenue permet d'obtenir des groupes d'individus homogènes en termes de besoins de recours à l'aide humaine. Le graphique 4 illustre bien les besoins croissants de recours à l'aide humaine, de la classe 1 pour laquelle les besoins sont circonscrits à un très petit nombre d'activités à la classe 4 pour laquelle les besoins d'aide humaine sont très étendus.

La première classe (3418 individus) regroupe des personnes qui ont un recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ). Ainsi, 56% des personnes qui sont dans cette classe recourent à de l'aide pour faire les tâches ménagères, 36% pour faire les courses, 30% pour faire les tâches plus occasionnelles, 20% pour faire les tâches administratives et 11% pour utiliser un moyen de déplacement. En revanche, dans cette classe, une très faible proportion d'individus recourt à de l'aide humaine pour réaliser les activités de la vie quotidienne (AVQ) : seuls 7% des individus de cette classe requièrent de l'aide pour se laver, 6% pour s'habiller et 2% pour manger et boire seul, une fois la nourriture prête.

Les individus qui figurent dans la deuxième classe (1130 individus), se caractérisent, comme ceux de la première classe, par un recours à de l'aide humaine principalement pour les AIVQ et quasiment pas pour les AVQ. En revanche, le recours à de l'aide pour réaliser les AIVQ porte sur un plus grand nombre de catégories que celui de la classe 1. Dans cette classe 2, la quasi-totalité des personnes demande de l'aide pour faire les courses (94%). Par ailleurs, les individus sont nombreux à solliciter de l'aide humaine pour faire les tâches ménagères (86%), faire les tâches les plus occasionnelles et faire les tâches administratives (69%). Une proportion importante d'individus demande aussi de l'aide pour utiliser un moyen de déplacement (65%), pour préparer les repas (42%), pour sortir du logement (38%), pour trouver son chemin (24%) ou pour prendre les médicaments (20%).

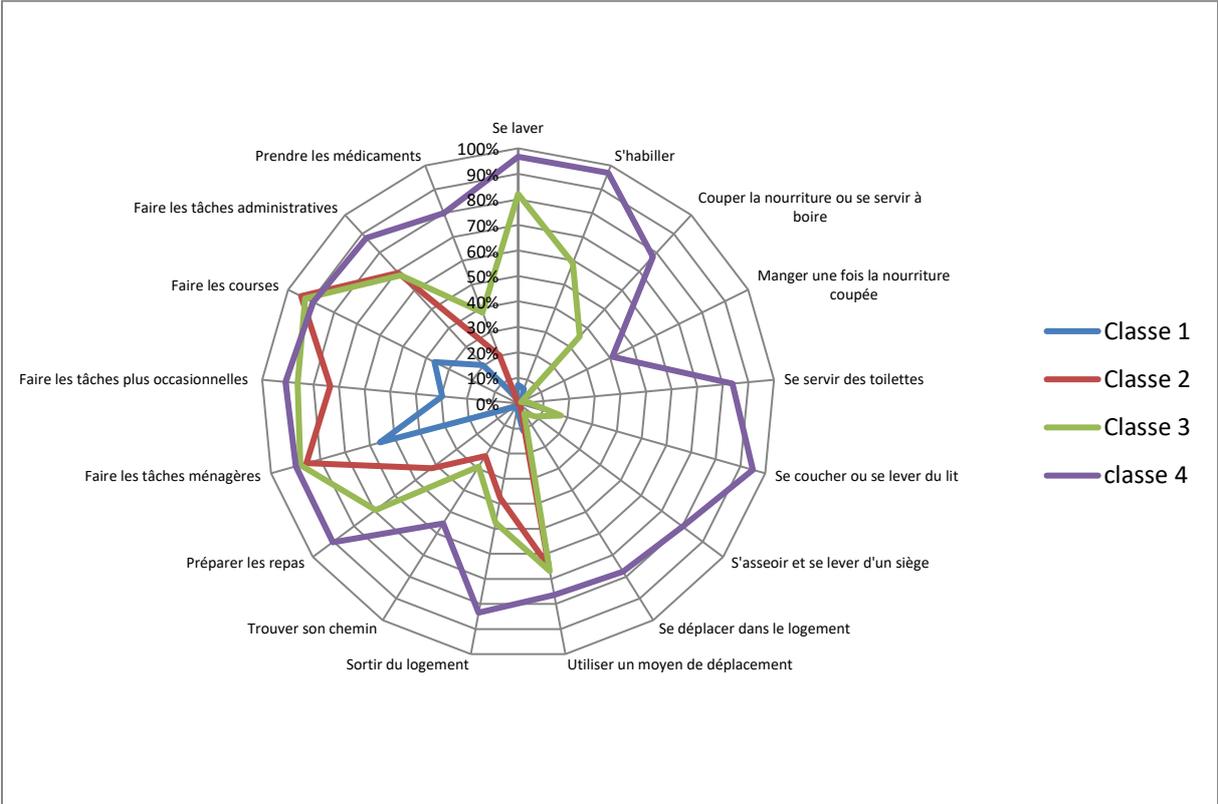
Graphique 3 : Représentation de l'ACM correspondant au recours à l'aide humaine pour réaliser les activités de la vie quotidienne



Les individus de la troisième classe (1570 individus) affichent un recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'activités instrumentales de la vie quotidienne et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées. S'agissant du recours à l'aide pour les AIVQ, 92% des individus de cette classe recourent à l'aide pour faire les courses, 88% pour faire les tâches ménagères, 86% pour faire les tâches plus occasionnelles, 69% pour faire les repas, 68% pour faire les tâches administratives, 48% pour sortir du logement et 38% pour prendre les médicaments. Par ailleurs, dans cette classe, les individus sont nombreux à demander de l'aide pour se laver (82%) et pour s'habiller (59%), ainsi que pour couper la nourriture ou se servir à boire (36%). En revanche, le besoin d'aide pour réaliser les autres AVQ est en revanche très faible.

Enfin, les individus qui figurent dans la quatrième classe (654 individus) recourent à l'aide humaine pour un grand nombre d'AIVQ et également pour un grand nombre d'AVQ. Plus précisément, les individus de cette classe sont 91% à demander de l'aide pour réaliser les tâches plus occasionnelles, 90% à demander de l'aide pour préparer les repas ou pour faire les tâches ménagères, 89% pour faire les courses et 88% pour faire les tâches administratives. Par ailleurs, 97% des individus de cette classe ont besoin d'aide pour se laver, la même proportion demande de l'aide pour s'habiller, 95% pour se coucher ou se lever de son lit, 84% pour se servir des toilettes, 80% pour s'asseoir ou se lever de son siège, 78% pour couper la nourriture ou se servir à boire, la même proportion pour se déplacer dans le logement.

Graphique 4 : Types de recours à l'aide humaine en fonction des quatre classes issues de la typologie

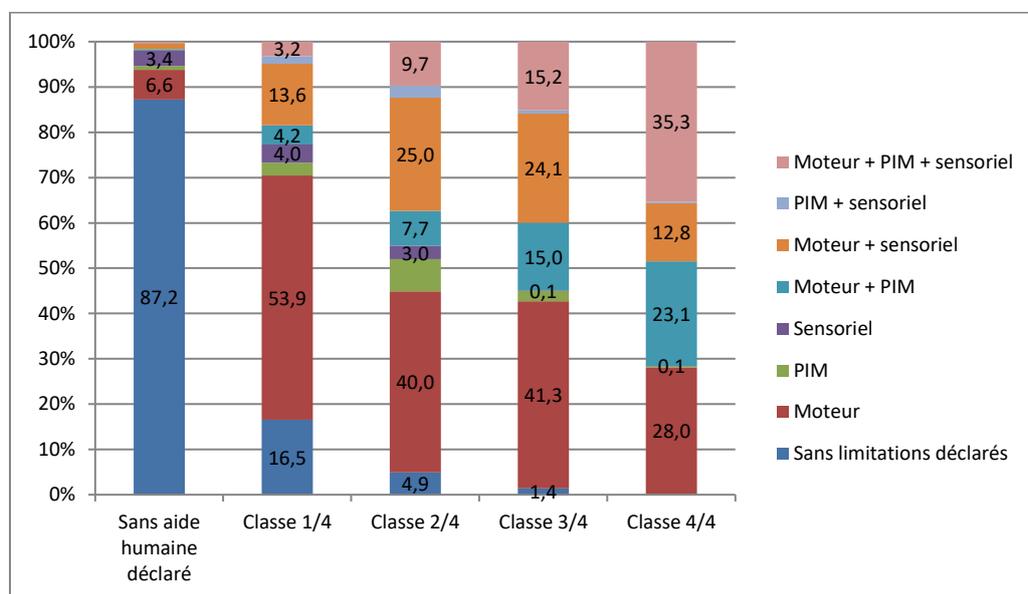


Source : Enquête HSM, calculs Irdes

Limitations fonctionnelles en fonction des classes de recours à l'aide humaine

La part de personnes ne déclarant « aucune limitation fonctionnelle » décroît avec le niveau de recours à l'aide humaine (16% dans la classe 1 à 0% dans la classe 4) (graphique 5). La classe 1 abrite la plus grande proportion d'individus qui déclarent avoir des limitations motrices seules (54% contre seulement 28% dans la classe 4). En contrepartie, plus on considère des classes de recours à l'aide humaine de niveau élevé, et plus les combinaisons associant plusieurs types de limitations sont fréquentes. Ainsi, la combinaison associant limitations motrices et limitations psychiques, intellectuelles ou mentales (PIM) concerne 4% des individus de la classe 1 contre 23% des individus de la classe 4. Il en va de même pour la combinaison associant limitations motrices, limitations psychiques, intellectuelles ou mentales et limitations sensorielles, beaucoup plus fréquente dans la classe 4 (35%) que dans les autres classes (15% dans la classe 3, 10% dans la classe 2 et 3% dans la classe 1).

Graphique 5 : Répartition des combinaisons de limitations fonctionnelles en fonction de la classe



Note de lecture : 53,9% des individus de la classe 1 déclarent des limitations motrices seules. 13,6% des individus de cette classe déclarent une combinaison associant limitations motrices et limitations sensorielles.

*Limitations PIM : limitations psychiques, intellectuelles ou mentales. Source : Enquête HSM, calculs Irdes.

2.2.2 Typologie des consommations de soins

Nous réalisons une classification dont l'objectif est d'établir une typologie des profils de recours aux soins en considérant l'ensemble des individus présents dans l'enquête HSM âgés de 20 ans ou plus et appariés avec les données du Sniiram (18 050 personnes).

Cette classification est un outil que nous mobilisons dans l'analyse afin de mieux comprendre les profils de consommation de soins qui peuvent expliquer la variabilité des dépenses de santé et des restes à charge.

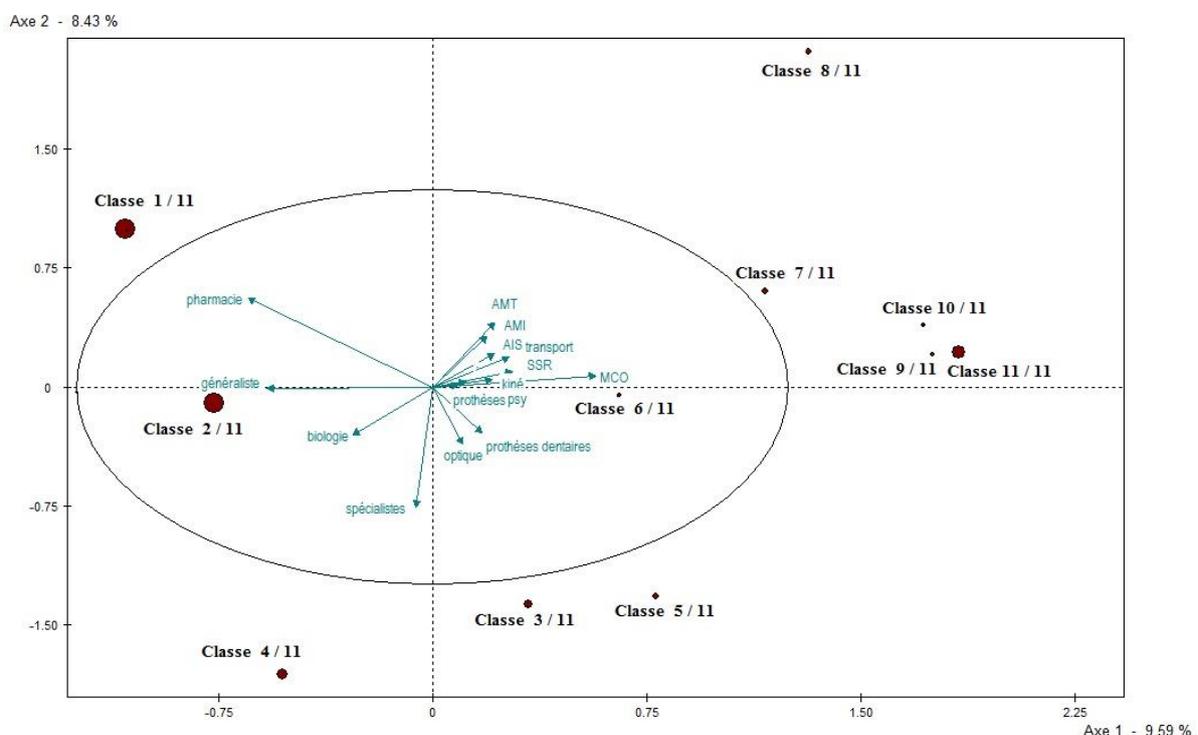
La méthode de classification est une classification hiérarchique ascendante (CHA) avec Wald⁸ appliquée aux dimensions d'une ACP (Analyse en Composantes Principales).

Nous avons calculé pour chaque individu présent dans l'échantillon la part de chaque poste de dépense dans l'ensemble de la consommation de soins. Ainsi par exemple, si un individu a dépensé au cours de l'année 40 euros de pharmacie, 10 euros de consultations chez le médecin généraliste et 20 euros en frais d'optique, on calcule le poids de chaque poste de consommation en effectuant le ratio de chaque dépense par rapport à la dépense totale. Dans notre exemple, 57% de la consommation de l'individu est consacré à la pharmacie (40/70). Les individus ne sont donc pas regroupés par niveau de dépenses mais par profil de consommation dans l'année étudiée.

Les postes de dépenses introduits sont les suivants : pharmacie, généraliste, biologie, spécialistes, optique, prothèses dentaires, orthèses et prothèses, Appareils et matériel pour traitement (AMT), kinésithérapie, Actes Médicaux Infirmiers (AMI), Actes Infirmiers de Soins (AIS), autres dépenses ambulatoires, hospitalisation en psychiatrie, Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO), Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), transport, séances à l'hôpital.

L'ACP réalisée (graphique 6) introduit 17 variables continues, soit 17 axes factoriels. L'application du critère de Kaiser pour une ACP revient à sélectionner les axes dont la valeur propre est supérieure à 1. Nous sélectionnons ainsi 9 axes factoriels. La méthode du saut maximum identifie 11 classes de profil de consommation de soins lors de la réalisation d'une CHA sur ces 9 axes factoriels sélectionnés.

Graphique 6 : Représentation de l'ACM



⁸ Wald pour distance euclidienne : agrégation des individus qui font le moins varier l'inertie intra-classe.

AMT : Appareils et matériels pour traitement ; AMI : Actes médicaux infirmiers ; AIS : Actes infirmiers de soins ; SSR : services de soins et de réadaptation ; MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

La classification obtenue nous permet de dégager des profils homogènes de structures de consommation de soins à partir de l'ensemble des individus présents dans l'enquête HSM qui sont appariés avec les données de l'Assurance maladie. Nous distinguons 11 profils de consommation de soins, détaillés dans le tableau 6, chacun caractérisé par une dominante spécifique : (1) pharmacie et généralistes, (2) pharmacie, généralistes, spécialistes et biologie, (3) dépenses d'optique, (4) spécialistes, généralistes et biologie, (5) prothèses dentaires, (6) prothèses, orthèses, fauteuils roulants, (7) kiné, AIS, transport, AMI, (8) AMT, AMI, (9) séances, transports, (10) hospitalisations psychiatriques, transports, (11) hospitalisations MCO, hospitalisation SSR et transport.

Ces profils reflètent la consommation de l'année. Par conséquent, un individu qui consomme exceptionnellement des soins de prothèses dentaires en 2008 a de fortes chances de se retrouver dans le groupe de consommateurs correspondant (5), même si sa consommation habituelle l'apparenterait davantage à d'autres groupes de consommations de soins.

Tableau 6 : Profils de consommation de soins issus de la classification

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Ensemble de la population
pharmacie	69,6	36,3	15,2	13,8	12,5	17,4	16,1	20,5	15,3	10,6	11,3	30,3
spécialistes	5,1	17,4	15,4	47,4	16,7	10,6	14,0	5,6	14,7	3,2	8,2	18,6
généraliste	16,2	28,2	8,4	16,3	5,8	10,8	12,1	5,7	7,9	2,9	4,3	15,8
MCO	0,6	1,1	0,6	0,3	1,6	0,9	0,9	2,8	4,0	5,7	58,7	7,2
Optique	1,1	1,9	52,0	1,0	3,0	2,1	1,2	1,5	0,9	0,2	1,8	6,8
Biologie	2,7	6,3	3,8	16,8	2,5	2,6	2,2	2,9	3,7	0,7	3,0	6,3
Prothèses dentaires	0,5	0,7	0,6	0,5	53,2	1,0	1,0	0,6	0,4	1,0	1,2	4,1
Kiné	0,5	2,7	1,0	0,9	1,4	2,9	40,0	1,5	4,0	0,5	1,7	2,9
AMT	1,4	0,9	0,3	0,5	0,5	1,1	1,8	33,8	0,9	0,3	0,9	1,5
Prothèses et orthèses	0,4	1,5	0,7	0,7	0,5	29,3	2,2	0,8	2,0	0,1	0,5	1,5
AMI	0,4	0,6	0,1	0,5	0,1	0,3	0,7	20,0	0,8	0,2	1,0	0,9
Séances	0,2	0,8	0,3	0,5	0,4	0,5	0,3	0,2	23,6	0,5	0,6	0,8
Transport	0,3	0,5	0,1	0,1	0,1	0,5	0,9	1,1	19,7	2,1	1,3	0,7
Autres	0,1	0,2	0,4	0,1	0,4	18,7	0,1	0,1	0,2	0,1	0,4	0,6
SSR	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,1	0,3	2,8	0,3
AIS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	5,1	1,4	0,1	0,0	0,1	0,2
Psy	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	70,1	0,1	0,2

Note de lecture : Les données surlignées correspondent aux variables ayant le plus contribué à la composition de la classe. La structure de la consommation de soins des individus de la classe 1 est principalement orientée autour des consultations de généralistes (16%) et de la consommation de médicaments (70%). Source : Enquête HSM, calculs Irdes.

Les profils 1, 2 et 4 décrivent des profils de consommation principalement axés sur les consommations de médecins généralistes, de spécialistes et de pharmacie.

D'autres profils de consommation sont révélateurs de dépenses en lien avec le handicap, tels que les profils (6, 7, 8, 9 et 10).

Tableau 7 : Statistiques descriptives de la dépense totale pour chaque profil de consommation de soins

Classes	moyenne	Ecart type	1er quartile	médiane	3ème quartile	coefficient de variation	Concentration de la dépense des 20% plus grands consommateurs
1. Pharmacie, généralistes	1861	3441	301	1040	2164	1,85	62.6%
2. Pharmacie, généraliste, spécialiste	1220	1576	256	682	1605	1,29	59.2%
3. Optique	1101	718	591	915	1426	0,65	40.4%
4. Spécialiste, biologie, généraliste	571	715	161	348	694	1,25	56.2%
5. Prothèses dentaires	2347	1946	1073	1827	2972	0,83	45.5%
6. Prothèses et orthèses	2501	2610	487	1899	3470	1,04	52.4%
7. Kiné	2896	5112	484	930	3181	1,77	70.4%
8. AMT, AMI	6059	6958	1580	3740	8502	1,15	55.8%
9. Séances hôpital, transport	8803	19180	552	1324	7563	2,18	81.8%
10. Psychiatrie, transports	17893	18595	5485	13829	23161	1,04	51.6%
11. MCO, SSR	8451	12300	2687	4845	8938	1,46	59.0%
Toute la population	2221	5664	250	825	2119	2,55	72.6%

Note de lecture : Dans la population générale, la dépense moyenne s'établit à 2221€ par an. Les individus qui appartiennent au profil 1 de consommation de soins –pharmacie et dépenses de généralistes- affichent une dépense moyenne de 1861€ par an. Source : HSM. Calculs Irdes. Champ : personnes âgées de plus de 20 ans

La dépense moyenne de santé sur l'ensemble de la population s'établit à 2221€ (tableau 7). Il existe une forte concentration de la dépense (20% de la population concentrant 73% de la dépense), ainsi qu'un coefficient de variation élevé. En fonction des classes identifiées, le niveau des dépenses moyennes est très variable : de 571€ pour la classe 4 dont les dépenses sont concentrées sur les dépenses de spécialistes, de biologie et de généralistes à 17893€ pour la classe 10 associant hospitalisations psychiatriques et transports. On observe des variations et une concentration de la dépense moins importantes sur les profils de consommation portant sur l'optique et les prothèses dentaires. Les plus fortes concentrations de dépenses sont identifiées dans les classes 7 (kinésithérapie) et 9 (séances à l'hôpital).

Tableau 8 : Restes à charges totaux après assurance maladie obligatoire (AMO) pour chaque profil de consommation de soins

Classes	moyenne	Ecart type	1er quartile	médiane	3ème quartile	coefficient de variation	Taux de reste à charge moyen (RAC/dépense)
1. Pharmacie, généralistes	348	394	71	225	487	1,13	0,19
2. Pharmacie, généraliste, spécialiste	390	448	87	241	529	1,15	0,32
3. Optique	725	413	428	626	938	0,57	0,66
4. Spécialiste, biologie, généraliste	217	290	58	126	256	1,34	0,38
5. Prothèses dentaires	1412	1245	603	1073	1820	0,88	0,60
6. Prothèses et orthèses	1134	1353	158	593	1594	1,19	0,45
7. Kiné	509	673	151	262	635	1,32	0,18
8. AMT, AMI	584	661	129	394	809	1,13	0,10
9. Séances hôpital, transport	432	725	97	216	482	1,68	0,05
10. Psychiatrie, transports	1603	1456	604	1173	2175	0,91	0,09

11. MCO, SSR	991	1041	379	681	1234	1,05	0,12
Ensemble de la population	505	716	80	275	655	1,42	0,23

Note de lecture : Dans la population générale, le reste à charge moyen s'établit à 505€ par an. Les individus qui appartiennent au profil 1 de consommation de soins –pharmacie et dépenses de généralistes- endossent un reste à charge plus faible de 348€ par an tandis que les individus qui sont associés au profil 10 -Psychiatrie et transports- encourrent un reste à charge moyen de 1603€. Source : HSM. Calculs Irdes. Champ : personnes âgées de plus de 20 ans

Les niveaux de restes à charge après AMO varient fortement en fonction des profils (tableau 8). Les profils associés aux RAC les plus importants sont la psychiatrie, les prothèses dentaires et les prothèses et orthèses. En revanche, les profils 1,2 et 4 principalement composés de dépenses de pharmacie et de consultations sont associés aux moyennes les plus faibles. Les profils correspondant aux taux de restes à charge moyen les plus élevés sont l'optique et les prothèses dentaires, et dans une moindre mesure les orthèses et prothèses.

2.3 Méthodes statistiques

L'analyse économétrique conduite dans la troisième partie du rapport repose sur des analyses descriptives (moyenne, médiane, courbes de concentration, ...) ainsi que l'utilisation de modèles linéaires généralisés avec estimateurs robustes⁹. Ces régressions linéaires permettent d'identifier les variations de dépenses et de restes à charges totaux en fonction du niveau de recours à l'aide humaine et de l'âge, mais également d'identifier la contribution de chaque poste de dépense aux différentiels de dépense globale.

Après la réalisation d'une première régression linéaire généralisée de la dépense totale en fonction du niveau de recours à l'aide humaine et de l'âge, nous reconduisons ce modèle pour chaque poste de dépenses.

Les résultats des coefficients obtenus par poste de dépense permettent d'estimer l'importance de ce poste dans la différence de dépense totale observée entre ces groupes, en posant l'hypothèse d'indépendance des résidus.

Soit :

$$Y_{Tot} = \delta_0 + \alpha_{Tot}X_1 + \beta_{tot}X_2 + \gamma_{tot}X_1X_2 + \varepsilon$$

$$Y_{poste\ i} = \delta_0 + \alpha_{poste\ i}X_1 + \beta_{poste\ i}X_2 + \gamma_{poste\ i}X_1X_2 + \varepsilon$$

Y_{Tot} : dépense totale ; $Y_{poste\ i}$ dépense du poste i (i allant de 1 à 17) ;

X_1 : Niveau d'aide humaine

X_2 : Âge (avoir plus ou moins de 60 ans)

X_1X_2 : Interaction entre niveau d'aide humaine et âge

α_{Tot} Coefficient de variation de la dépense totale en fonction du niveau d'aide humaine

⁹ Variance des estimateurs calculés à partir de la matrice de White

β_{tot} Coefficient de variation de la dépense totale en fonction de l'âge

γ_{tot} Coefficient de variation de la dépense totale de l'interaction entre aide humaine et âge

$\alpha_{poste\ i}$ Coefficient de variation de la dépense du poste i en fonction du niveau d'aide humaine

$\beta_{poste\ i}$ Coefficient de variation de la dépense du poste i en fonction de l'âge

$\gamma_{poste\ i}$ Coefficient de variation de la dépense du poste i en fonction de l'interaction entre aide humaine et âge
 δ_0 : constante ; ε : terme d'erreur

On a alors :

$$\alpha_{Tot} = \alpha_{poste\ 1} + \dots + \alpha_{poste\ i}$$

$$\beta_{Tot} = \beta_{poste\ 1} + \dots + \beta_{poste\ i}$$

$$\gamma_{Tot} = \gamma_{poste\ 1} + \dots + \gamma_{poste\ i}$$

Partie 3 : Résultats

3.1 Les bénéficiaires d'une allocation compensant l'incapacité à réaliser une activité professionnelle

Dans cette partie du rapport, nous décrivons chaque catégorie de reconnaissance associée à l'incapacité à réaliser une activité professionnelle en montrant qu'il existe une hétérogénéité assez forte au sein de chacune des trois populations (AAH, pension d'invalidité et rente d'incapacité).

3.1.1 Des profils socio-économiques contrastés

Les personnes qui perçoivent une allocation compensant une incapacité à réaliser une activité professionnelle ne constituent pas une population homogène. Ils se différencient sur plusieurs caractéristiques. Les bénéficiaires de l'AAH sont à la fois plus jeunes que les bénéficiaires d'une pension d'invalidité ou les titulaires d'une rente d'incapacité (respectivement 42 ans versus 57 ans et 56 ans) et sont plus souvent des femmes (tableau 9) : 49% pour les bénéficiaires de l'AAH, 47% pour les bénéficiaires d'une pension d'invalidité et seulement 27% pour les bénéficiaires d'une rente d'incapacité. Les bénéficiaires de l'AAH sont plus souvent célibataires (29%) que les bénéficiaires des autres allocations : 27 % pour les bénéficiaires d'une pension d'invalidité et 19% pour les bénéficiaires d'une rente d'incapacité. Les bénéficiaires de l'AAH sont plus souvent déclarés en affection de longue durée : 64% d'entre eux sont en ALD, alors que ce n'est le cas que pour 53% des bénéficiaires d'une pension d'invalidité et pour une proportion encore beaucoup plus faible de bénéficiaires d'une rente d'incapacité (25%). Les personnes qui sont titulaires de l'AAH sont un peu moins souvent couvertes par un contrat de couverture complémentaire : 88% sont dans cette situation, versus 90% pour les bénéficiaires d'une pension d'invalidité et 91% pour les titulaires d'une rente d'incapacité. Le taux de couverture supérieur des bénéficiaires de pensions d'invalidité et de rentes d'incapacité est d'autant plus contre-intuitif qu'ils bénéficient d'une prise en charge intégrale de leur dépense remboursable par les régimes de base de l'assurance maladie.

Tableau 9. Comparaison des caractéristiques socio-économiques et des limitations fonctionnelles des bénéficiaires de l'AAH, pension d'invalidité, rente d'incapacité

	AAH	Pension d'invalidité	Rente d'incapacité
Part de femmes	48,8%	47,0%	27,5%
Moyenne d'âge	42 ans	57 ans	56 ans
Composition du ménage			
Ménage à une personne	28,6%	27,3%	19,2%
Ménage à deux personnes	28,8%	43,3%	43,3%
Ménage à trois personnes	42,5%	29,5%	37,5%
CSP du ménage			
Valeurs manquantes	24,6%	10,5%	3,3%
Agriculteurs exploitants	2,8%	3,5%	3,1%
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	4,9%	4,5%	4,1%
Cadres et professions intellectuelles supérieures	4,3%	9,9%	8,0%
Professions Intermédiaires	8,5%	17,0%	19,1%
Employés	19,2%	22,5%	19,9%

Ouvriers	35,9%	32,2%	42,3%
ALD	64,2%	52,9%	24,8%
Couverture complémentaire	87,5%	90,4%	91,3%
Limitations motrices	46,5%	53,8%	38,0%
Limitations psychiques, intellectuelles ou mentales	33,5%	15,1%	7,3%
Limitations auditives	11,8%	13,5%	12,0%
Limitations visuelles	13,4%	10,3%	3,6%
aide pour une ADL	19,9%	16,5%	6,9%
aide pour IADL	57,6%	39,1%	18,2%

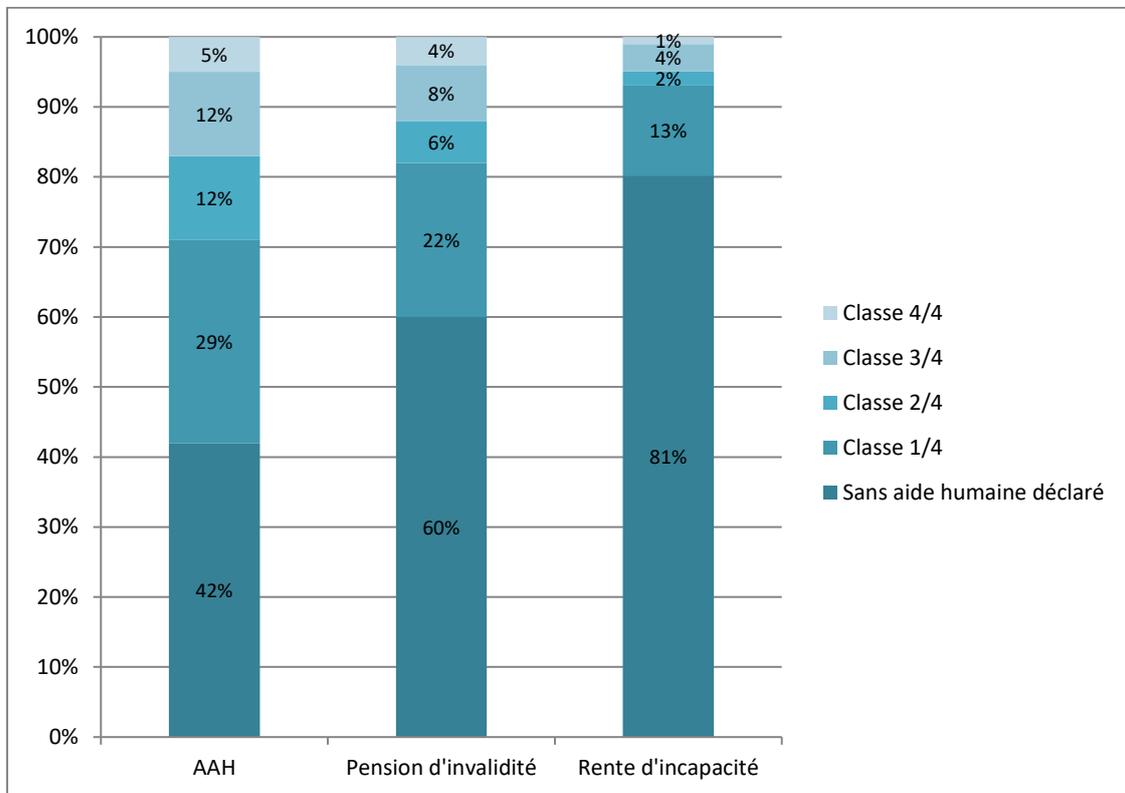
Note de lecture : 48,8% des bénéficiaires de l'AAH sont des femmes, tandis que seules 27,5% des bénéficiaires d'une rente d'incapacité sont des femmes. Les bénéficiaires de l'AAH sont âgés de 42 ans en moyenne, tandis que les titulaires d'une pension d'invalidité et les titulaires d'une rente d'incapacité sont plus âgés (âge moyen de 57 ans et de 56 ans respectivement). Source : Enquête HSM, calculs Irdes.

3.1.2 Limitations fonctionnelles et recours à l'aide humaine

Les bénéficiaires de l'AAH ont plus souvent des limitations psychiques, intellectuelles ou mentales que les bénéficiaires des autres allocations : 33% sont dans cette situation, ce qui n'est le cas que de 15% des bénéficiaires d'une pension d'invalidité et de 7% des bénéficiaires d'une rente d'incapacité (source : Handicap Santé Ménages, 2008).

Une fraction très importante des bénéficiaires de ces allocations ne déclare aucun recours à l'aide humaine pour réaliser les activités de la vie quotidienne : 42% des bénéficiaires de l'AAH, 60% des bénéficiaires d'une pension d'invalidité et 81% des bénéficiaires d'une rente d'incapacité (graphique 7). Par ailleurs, quand les bénéficiaires de ces allocations recourent à l'aide humaine, ils se situent principalement dans la première classe de recours à l'aide humaine (cf. typologie du recours à l'aide humaine présentée dans la partie 2 du rapport) : 29% pour les bénéficiaires de l'AAH, 22% pour les titulaires d'une pension d'invalidité et 13% pour les bénéficiaires d'une rente d'incapacité. De façon non surprenante, les bénéficiaires de ces allocations sont très peu nombreux à déclarer un besoin d'aide humaine qui les classe dans la classe 4 : seulement 5% pour les bénéficiaires de l'AAH, 4% pour les bénéficiaires d'une pension d'invalidité et 1% pour les individus qui déclarent une rente d'incapacité.

Graphique 7 : Répartition des bénéficiaires de l'AAH, des titulaires d'une pension d'invalidité et des bénéficiaires d'une rente d'incapacité en fonction de leurs besoins d'aide humaine



Note de lecture : 42% des bénéficiaires de l'AAH n'ont pas déclaré de recours à l'aide humaine pour réaliser les activités de la vie quotidienne. Les bénéficiaires d'une pension d'invalidité sont 60% dans cette situation et les titulaires d'une rente d'incapacité sont 81%. 29% des bénéficiaires de l'AAH se situent dans la première classe de recours à l'aide humaine, 22% des titulaires d'une pension d'invalidité et 13% des titulaires d'une rente d'incapacité. Source : Enquête HSM, calculs Irdes.

3.1.3 Niveaux et structures de dépenses de santé et de restes à charge

Les dépenses en niveau et en structure, tout comme les RAC, des personnes bénéficiant d'une reconnaissance administrative de handicap compensant une incapacité au travail sont très mal connues en France. Aucune étude n'a à ce jour envisagé de décrire la structure des dépenses et des restes à charge des personnes qui bénéficient de ces allocations.

Il est utile de rappeler que les trois dispositifs –pension d'invalidité, rente d'incapacité, AAH- sont très hétérogènes au niveau des droits qu'ils impliquent pour leurs bénéficiaires : exonération du ticket modérateur sur le périmètre de la dépense remboursable pour les pensions d'invalidité et les rentes d'incapacité, statut d'assuré de droit commun pour les bénéficiaires de l'AAH.

Distribution et concentration

Les dépenses de santé des bénéficiaires des pensions d'invalidité sont de niveau comparable (6102€) à celles des bénéficiaires de l'AAH (5845€) tandis que celles des bénéficiaires de rentes d'incapacité sont plus faibles (2694€) (tableau 10).

Tableau 10. Statistiques descriptives des dépenses de santé selon la reconnaissance de handicap

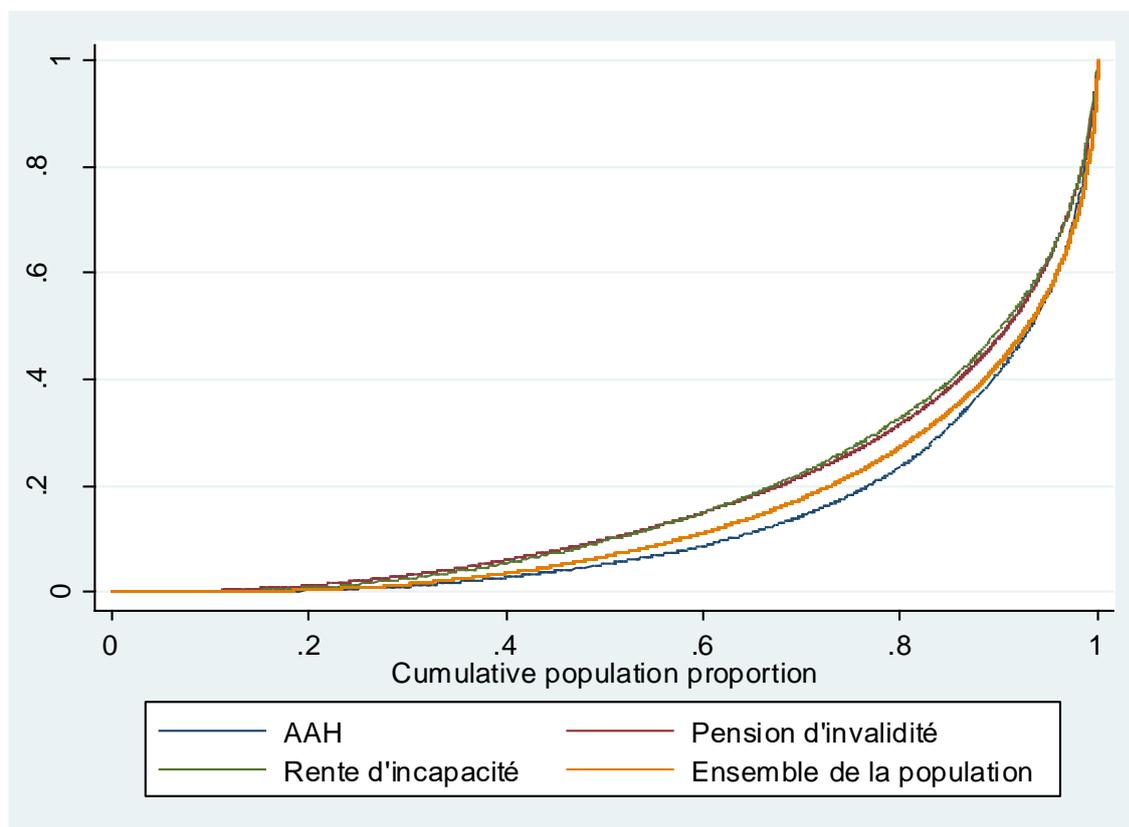
Dépenses totales	Moyenne (en €)	Ecart-type	1 ^{er} quartile	Médiane	3 ^{ème} quartile	Coefficient de variation
AAH	5845	11945	553	1809	5379	2,04
Pension d'invalidité	6102	12244	1073	2623	5826	2,01
Rente d'incapacité	2694	5098	515	1313	2821	1,89

Source : Enquête HSM, calculs Irdes.

Les écarts-types et le coefficient de variation associés aux dépenses des bénéficiaires de l'AAH et des pensions d'invalidité sont élevés ce qui indique une plus grande variabilité de la dépense. Pour les bénéficiaires de pensions d'invalidité, la médiane s'élève à 2623€ tandis qu'elle s'établit à 1809€ pour les bénéficiaires de l'AAH et à 1313€ pour les bénéficiaires d'une rente d'incapacité. Dans l'ensemble de la population, les dépenses de santé sont concentrées : 20% de la population consomme 75% de la dépense (graphique 8). La réduction du champ à des populations en situation de handicap pourrait laisser présager une plus faible concentration des dépenses liées à une homogénéité plus forte au sein de chaque population. C'est ce qui est observé pour les bénéficiaires de pensions d'invalidité et de rentes d'incapacité avec une moindre concentration (20% de la population consomme 65% de la dépense). Au contraire, pour les bénéficiaires de l'AAH, la concentration est plus forte : 20% de la population consomme près de 80% de la dépense.

Cette plus forte concentration des dépenses pour les bénéficiaires de l'AAH témoigne d'une hétérogénéité importante des niveaux de dépenses.

Graphique 8. Distribution et concentration de la dépense de santé en fonction de la reconnaissance de handicap



Source : Enquête HSM, calculs Irdes.

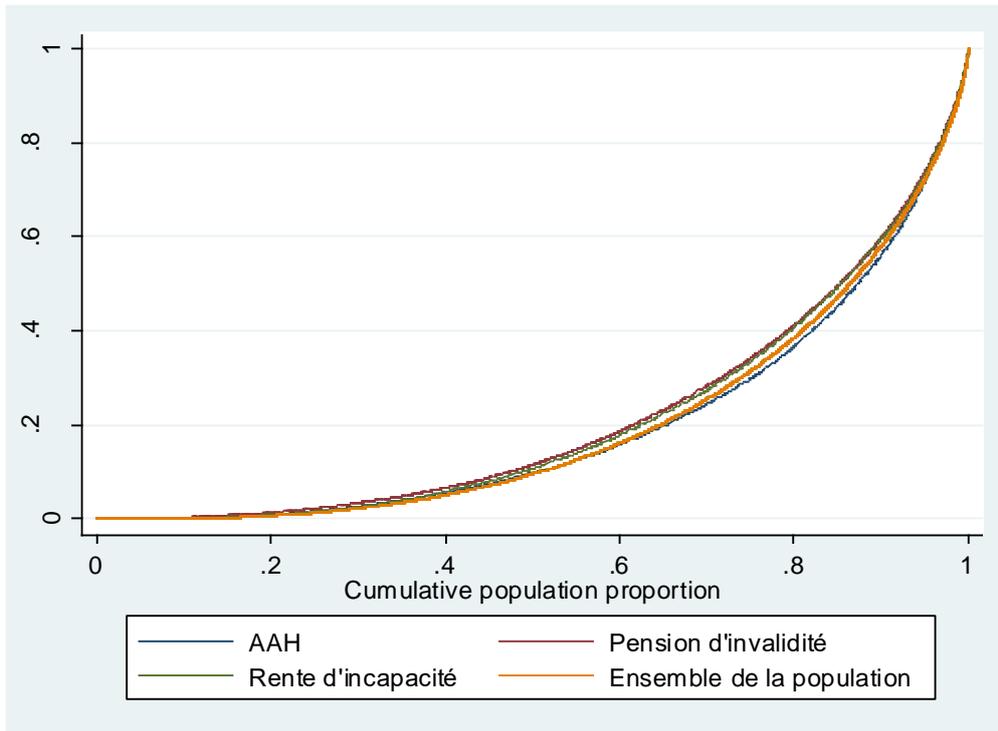
Comparativement aux niveaux de dépenses exposées, les RAC moyens apparaissent moins fortement différenciés selon les différentes reconnaissances administratives de handicap. En effet, on observe en moyenne des restes à charge de 483€ pour les bénéficiaires de l'AAH, de 623€ pour les pensions d'invalidité et de 555€ pour les bénéficiaires de rentes d'incapacité (tableau 11). La médiane est située à un niveau inférieur pour les bénéficiaires de l'AAH et son coefficient de variation est plus élevé. La concentration des RAC est relativement comparable avec la population générale pour les trois reconnaissances de handicap (graphique 9). Les dépenses étaient plus concentrées pour les bénéficiaires de l'AAH, tandis que leurs RAC sont aussi concentrés que ceux des autres bénéficiaires de reconnaissance administrative de handicap. Par ailleurs, le ratio du RAC sur la dépense est beaucoup plus élevé pour les bénéficiaires de rentes d'incapacité. Cela peut laisser présager des profils de consommation de soins différents, avec d'un côté des soins qui vont occasionner des dépenses généralement bien prises en charge par l'assurance maladie obligatoire et de l'autre des soins pouvant donner lieu à des dépassements d'honoraires ou des tickets modérateurs importants (soins dentaires, optique, hôpital).

Tableau 11. Statistiques descriptives des restes à charge selon la reconnaissance de handicap

Restes à charge totaux	Moyenne (en €)	Ecart-type	1 ^{er} quartile	Médiane	3 ^{ème} quartile	Coefficient de variation
AAH	483	761	73	220	597	1,57
Pension d'invalidité	623	819	125	370	799	1,32
Rente d'incapacité	555	732	92	335	730	1,32

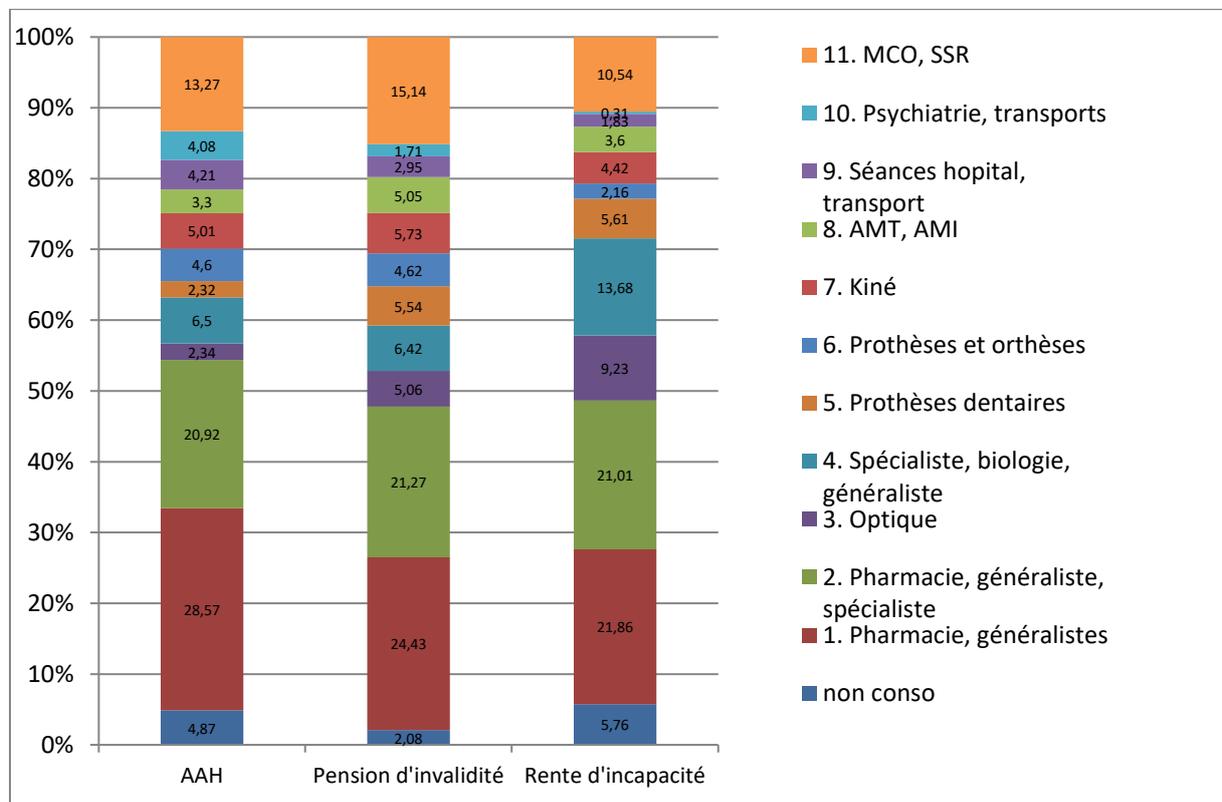
Source : Enquête HSM, calculs Irdes

Graphique 9. Distribution et concentration des restes à charge en fonction de la reconnaissance de handicap



Source : Enquête HSM, calculs Irdes

Graphique 10. Profils de consommation de soins en fonction de la reconnaissance de handicap



Source : Enquête HSM, calculs Irdes

Les bénéficiaires de l'AAH (graphique 10) sont presque aussi nombreux en proportion que les bénéficiaires de rentes d'incapacité (respectivement 56% et 56,5%) à abriter des consommateurs de soins de ville de type 1 (pharmacie et généralistes), 2 (pharmacie, généraliste et spécialiste) et 4 (spécialiste, biologie et généraliste) tandis que les bénéficiaires de pensions d'invalidité sont moins nombreux dans ce cas (52%) (Graphique 10). Dans le même temps, les bénéficiaires de l'AAH sont en proportion plus souvent constitués de profils de consommation en lien avec le handicap (profils 6, 7, 8, 9, 10) : ils sont 21% dans cette configuration (versus 20% pour les bénéficiaires de pensions d'invalidité et seulement 12% pour les bénéficiaires de rentes d'incapacité). Les bénéficiaires de l'AAH affichent d'autres particularités : le profil 5 (prothèses dentaires) et le profil 3 (optique) sont nettement sous-représentés dans cette population tandis que le profil 9 (séances hôpital, transports) est au contraire un peu plus fréquent (4% versus 2,95% pour les bénéficiaires d'une pension d'invalidité et 1,8% pour les titulaires d'une rente d'incapacité).

3.1.4 Variations des dépenses de santé et des restes à charges en fonction du type de reconnaissance et de l'âge

Une fraction majoritaire des bénéficiaires de l'AAH est âgée de moins de 60 ans (tableau 12) mais l'allocation peut toutefois être perçue au-delà de 60 ans et même au-delà de l'âge de départ à la retraite pour les personnes dont l'incapacité reconnue a été évaluée à 80% ou plus. La rente d'incapacité étant une rente viagère, elle est perçue au-delà de l'âge de la retraite. Les bénéficiaires d'une pension d'invalidité font normalement valoir leur droit à la retraite une fois l'âge atteint mais dans les régimes de la fonction publique et dans certains régimes spéciaux (RATP, SNCF, par exemple), les pensions d'invalidité sont versées jusqu'au décès des personnes pour un montant inchangé par rapport à ce qui prévalait avant l'âge de la retraite (Aubert et al., 2016).

Tableau 12. Ventilation des effectifs selon les reconnaissances de handicap avant et après 60 ans

	Moins de 60 ans		Plus de 60 ans	
	Effectifs brut	pourcentage pondéré	Effectifs brut	pourcentage pondéré
Pas de reconnaissance	8 380	72.08	6 117	27.92
AAH	606	92.46	64	7.54
Pension d'invalidité	1 458	59.81	772	40.19
Rente d'incapacité	412	61.76	241	38.24

Note de lecture : Parmi les 14497 personnes qui n'ont pas de reconnaissance administrative de handicap dans l'enquête HSM, 72% sont âgés de moins de 60 ans (soit 8380 personnes).

Source : Enquête HSM, calculs Irdes

Par rapport aux personnes sans reconnaissance administrative de handicap, les bénéficiaires d'une pension d'invalidité affichent le différentiel de dépenses le plus accentué (+4921€), suivis des bénéficiaires de l'AAH (+3801€) alors que les bénéficiaires d'une rente d'incapacité exposent le plus petit différentiel de dépenses (+1065€) (tableau 13). Les postes qui contribuent le plus à expliquer les différentiels de dépenses sont différenciés selon les motifs de reconnaissance administrative. Pour les bénéficiaires de l'AAH, les dépenses de pharmacie (+1148€) ainsi que les dépenses liées aux hospitalisations psychiatriques (947€) pèsent lourdement ainsi que, dans une moindre mesure, l'hospitalisation en MCO (+523€). Au contraire, les postes liés aux dépenses d'optique et de prothèses dentaires contribuent à réduire l'écart par rapport aux personnes sans reconnaissance administrative (respectivement -42€ et -35€). Pour les bénéficiaires de pensions d'invalidité, les dépenses de pharmacie expliquent également une large part du différentiel, avec les dépenses d'hospitalisation en MCO (+882€) et en SSR (+353€). Les bénéficiaires de pensions d'invalidité exposent également des dépenses accrues en spécialistes (+172€), en transports (+331€) et en séances à l'hôpital (+378€). En revanche, les bénéficiaires de rentes d'incapacité ne creusent que peu l'écart de dépenses par rapport aux personnes sans reconnaissance administrative de handicap. Ils exposent une dépense un peu plus élevée en pharmacie (+268€), en kinésithérapie (+84€) et en dépenses de spécialistes (+90€).

Pour les personnes qui n'ont pas de reconnaissance administrative de handicap, l'effet de l'âge –avoir plus de 60 ans- accroît la dépense moyenne de santé de presque 2500€ (tableau 13). Deux postes contribuent quasiment à parts égales pour expliquer à hauteur de 60% le différentiel de dépenses : la pharmacie (+750€) et les hospitalisations en MCO (+715€). Cet effet de l'âge est finalement très différencié en fonction de la reconnaissance administrative de handicap : pour les bénéficiaires de l'AAH, il est comparable par son ampleur à celui qui affecte les personnes sans reconnaissance administrative de handicap tandis qu'il est réduit de plus de la moitié pour les bénéficiaires de pensions d'invalidité et de rentes d'incapacité (respectivement 2499-1404=1095€ ; et 2499-1570=929€). L'explication d'un effet de l'âge moins inflationniste en termes de dépenses pour les personnes bénéficiant de pensions d'invalidité ou de rentes d'incapacité réside dans le fait que plusieurs postes de dépenses connaissent une augmentation plus modérée par rapport aux personnes sans reconnaissance de handicap : les dépenses de médicament augmentent moins fortement (respectivement 326€ et 361€ contre 750€ pour les personnes non reconnues), les dépenses de généralistes également (respectivement 68€ et 37€ contre 103€ pour les personnes non reconnues). Certaines dépenses qui augmentaient avec l'âge pour les personnes sans reconnaissance de handicap sont moins importantes après 60 ans pour les pensions d'invalidité telles que le transport, la psychiatrie et les séances à l'hôpital. Pour le poste de dépense d'actes de soins infirmiers, l'effet d'âge est différencié : pour les pensions d'invalidité, la dépense est augmentée après 60 ans (+232€) alors que pour les rentes d'incapacité le passage à 60 ans est sans effet.

Tableau 13. Contribution des postes au supplément de dépenses de santé de la catégorie de reconnaissance administrative par rapport à celle des personnes sans reconnaissance de handicap

Dépenses de santé	généraliste	spécialiste	pharmacie	AMI	AIS	Kiné	optique	Prothèses dentaires	AMT	Prothèses orthèses	bio	transport	Autres	MCO	SSR	Psy	Séances	Total
AAH	93***	72**	1148***	80**	29*	71***	-42***	-35**	137**	87***	35***	232***	13*	523***	95*	947**	315*	3801***
Invalidité	121***	172***	1255***	72***	85***	193***	24**	77**	271***	124***	53***	331***	29***	882***	353***	499***	378***	4921***
Incapacité	45***	90***	268***	36**	12	84***	11	3	46**	39**	19**	194	6	158	15	39	0	1065***
Plus 60 ans	103***	112***	750***	121***	87***	77***	30***	45***	107***	58***	59***	62***	18***	715***	110***	-12*	57***	2499***
Inter AAH	38	-103**	-38	208	631	89	42	50	565	46	49	139	156	4166	-50	-935**	-348*	4704
Inter pension	-35**	-106***	-424***	169	145**	-34	-36**	-82**	-28	-46	-8	-190***	15	217	-170	-	-299*	-1404**
Inter rente	-66**	-148***	-389***	-23	-80***	-82**	-26	-24	-33	-58**	-26**	-181	-16	-265	-43	-45	-62***	-
Constante	100***	170***	272***	10***	0	38***	77***	83***	25***	16***	63***	20***	9***	330***	15***	18***	27***	1273***

Note de lecture : par rapport aux personnes sans reconnaissance administrative de handicap, les bénéficiaires de l'AAH exposent une dépense de santé supplémentaire de 3801€. Parmi les postes qui contribuent le plus à expliquer ce différentiel figurent la consommation de pharmacie (+1148€) et la consommation de soins en hospitalisations psychiatriques (+947€). En revanche, deux postes contribuent à réduire le différentiel de dépenses : les dépenses d'optique (-42€) et les dépenses de prothèses dentaires (-35€). L'effet de l'âge pour les personnes qui n'ont pas de reconnaissance administrative de handicap se traduit par une dépense supplémentaire de 2499€ après 60 ans. L'effet de l'âge pour les bénéficiaires d'une pension d'invalidité est plus faible que celui qui prévaut pour les personnes sans reconnaissance administrative de handicap : 2499-1404=1095€ versus 2499€. Source : Enquête HSM, calculs Irdes

Les bénéficiaires de l'AAH ont un RAC qui ne se différencie pas des assurés sans reconnaissance administrative de handicap, alors que les bénéficiaires d'une rente d'incapacité endossent un supplément de RAC de 132€ et les bénéficiaires d'une pension d'invalidité un RAC additionnel de 210€ par rapport aux assurés non reconnus handicapés (tableau 14). Si le RAC global des bénéficiaires de l'AAH est semblable à celui des assurés sans reconnaissance, l'examen des RAC par postes met en évidence une structure de RAC nettement différenciée : les bénéficiaires de l'AAH endossent des RAC plus faibles sur l'optique (-41€), sur les prothèses dentaires (-29€), en consultations de spécialistes (-22€) comme en consultations de généralistes (-5€). En contrepartie, leurs RAC sont plus élevés que les assurés de droit commun sur les postes de dépenses de pharmacie (+38€), d'hospitalisation en psychiatrie (+24€) et d'hospitalisation MCO (+20€), ce qui témoigne d'un état de santé plus dégradé. Les bénéficiaires de l'AAH sont considérés par la Sécurité sociale comme des assurés de droit commun qui doivent acquitter un ticket modérateur sur leurs dépenses de santé, ce qui les oblige sans doute à réaliser des arbitrages dans leurs consommations de soins en fonction de priorités, conduisant possiblement à des renoncements à des soins (optique, prothèses dentaires) afin de maintenir leur montant de reste à charge global à un niveau pas trop élevé, pour éviter qu'il ne pèse de façon excessive sur un revenu en moyenne faible.

Les bénéficiaires d'une pension d'invalidité doivent supporter un RAC supplémentaire de 210€ par rapport aux assurés qui n'ont pas de reconnaissance administrative de handicap. Comme ils bénéficient d'une prise en charge du ticket modérateur lié à leur dépense remboursable, leur RAC supérieur est principalement explicable par des postes de consommation pour lesquels des dépassements peuvent être pratiqués (prothèses dentaires, optique, prothèses et orthèses, MCO). S'agissant des bénéficiaires d'une rente d'incapacité, leur différentiel de RAC (+132€) est principalement explicable par le poste pharmacie.

Pour les personnes qui n'ont pas de reconnaissance administrative de handicap, l'effet de l'âge –avoir plus de 60 ans- accroît le reste à charge de l'ordre de 400€ par rapport aux personnes qui ont moins de 60 ans (tableau 12). Les postes de RAC qui contribuent le plus à expliquer ce différentiel portent sur la pharmacie (+148€), l'hospitalisation MCO (+42€), les prothèses et orthèses (+42€) ainsi que les prothèses dentaires (+39€). Cet effet de l'âge demeure aussi important pour les bénéficiaires de l'AAH alors qu'il est beaucoup plus réduit pour les bénéficiaires de pensions d'invalidité et les titulaires d'une rente d'incapacité, de l'ordre de seulement 94€ en plus. Les RAC liés aux médicaments augmentent d'un montant plus faible après 60 ans pour les bénéficiaires d'une pension d'invalidité ou les titulaires d'une rente d'incapacité (respectivement de 66€ et 48€ versus 148€ pour les assurés n'ayant pas de reconnaissance de handicap) tandis que certains postes de restes à charge diminuent après 60 ans (-22€ pour les prothèses dentaires des bénéficiaires d'une pension d'invalidité). Ces personnes ayant bénéficié de soins bien pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire avant l'âge de 60 ans dans le cadre de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité et ayant sans doute été moins victimes de renoncements aux soins, elles peuvent se prévaloir d'un meilleur état de santé une fois qu'elles atteignent l'âge de 60 ans, ce qui peut être une explication de la moindre augmentation de leur reste à charge après 60 ans.

Tableau 14. Contribution des postes au supplément de dépenses de santé de la catégorie de reconnaissance administrative par rapport à celle des personnes sans reconnaissance de handicap

RAC	généraliste	spécialiste	pharmacie	AMI	AIS	Kiné	optique	Prothèses dentaires	AMT	Prothèses orthèses	bio	transport	Autres	MCO	SSR	Psy	Séances	Total
AAH	-5**	-22***	38***	6	0	-5**	-41***	-29***	8**	10**	0	4**	1	20**	7**	24**	4	20
Invalidité	-9***	-6	43***	1	1	-1	22**	48**	4***	38**	-4**	2**	4**	18***	14***	27*	7*	210***
Incapacité	1	9	58***	2**	1	5	11	-3	6**	3	5	2	3	17	2	10	0	132***
Plus 60 ans	10***	24***	148***	8***	5***	13***	29***	39***	10***	42***	13***	2**	9***	42***	8***	-2**	1**	400***
Inter AAH	-7	-21**	-29	-2	22	-7	41	42	-6	-34**	-3	30	2	23	-9	-24**	-5	14
Inter pension	-8**	-20**	-82***	-4**	0	-8**	-35**	-61**	-2	-31	-9***	0	-1	-2	-8	-26	-7**	-306***
Inter rente	-11**	-42***	-100***	5	-6***	-15**	-26	-18	-8	-16	-13**	-2	-8**	-26	-9**	-10	-1**	-306***
Constante	34***	59***	75***	2***	0	13***	75***	66***	4***	8***	21***	2***	2***	22***	1***	2**	0**	387***

Note de lecture : par rapport aux personnes sans reconnaissance administrative de handicap, les bénéficiaires de pensions d'invalidité endossent un RAC plus élevé de 210€. Parmi les postes qui contribuent le plus à expliquer ce différentiel figurent le reste à charge lié aux prothèses dentaires (+48€), celui en lien avec la pharmacie (+43€), les prothèses et orthèses (+38€) et l'optique (22€). Source : Enquête HSM, calculs Irdes

3.2 Recours à l'aide humaine avant et après 60 ans

Nous utilisons la classification des 6772 personnes âgées de 20 ans et plus qui, dans l'enquête HSM, déclarent recourir à de l'aide humaine pour réaliser les activités de la vie quotidienne (cf. 2.2.1 Typologie du recours à l'aide humaine).

3.2.1 Caractéristiques des personnes recourant à l'aide humaine avant et après 60 ans

Une part plus importante des personnes âgées de plus de 60 ans déclarent recourir à de l'aide humaine pour réaliser les activités de la quotidienne que ceux de moins de 60 ans (22% contre 3,5% chez les moins de 60 ans). Le profil de ces personnes recourant à de l'aide humaine se différencie avant et après 60 ans. La part des femmes est plus importante pour les personnes de plus de 60 ans (tableau 15). Les profils socio-économiques se différencient également : les personnes âgées de moins de 60 ans sont plus souvent en couple ou en famille (85% versus 55%). Les personnes âgées de plus de 60 ans sont un peu plus souvent en ALD (63% versus 52%) et ont plus souvent des limitations fonctionnelles multiples. Une légère différenciation porte également sur le niveau de recours à l'aide humaine. En effet, les personnes âgées de plus de 60 ans sont un peu moins nombreuses à appartenir à la classe 1 de faible recours à l'aide humaine après 60 ans (57% contre 66%) alors que la part de personnes appartenant à la classe 3 est plus importante (21% contre 14% chez les moins de 60 ans) (Graphique 11).

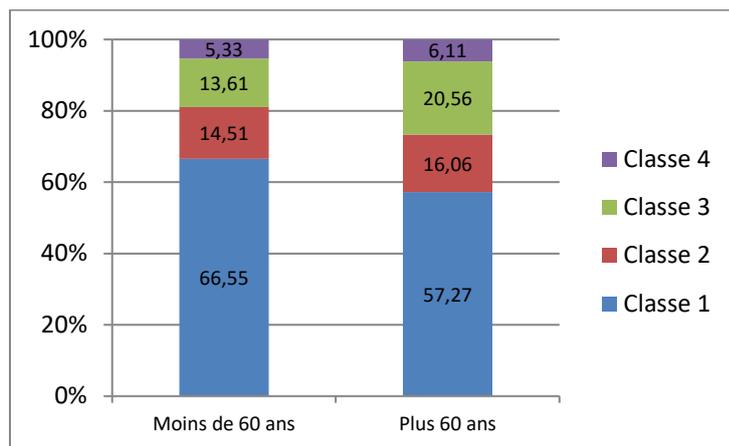
Tableau 15. Caractéristiques socio-économiques des personnes recourant à l'aide humaine avant et après 60 ans

	Moins de 60 ans	Plus de 60 ans
Part de femmes	62,42	74,42
20-49 ans	61,94	0
50-59 ans	38,06	0
60-74 ans	0	31,34
75 ans ou plus	0	68,66
Composition du ménage		
Ménage à une personne	14,83	44,97
Ménage à deux personnes	31,96	44,01
Ménage à plus de deux personnes	53,21	11,02
CSP du ménage		
Agriculteurs exploitants	3,54	9,57
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	4,2	10,22
Cadres et professions intellectuelles supérieures	11,06	11,21
Professions Intermédiaires	17,43	13,09
Employés	24,59	25,87
Ouvriers	39,18	30,04
ALD	51,53	62,52
Complémentaire	90,11	90,55
Limitations fonctionnelles		
pas de limitation	27,76	16,82
Moteur seul	33,95	39,68

PIM seul	10,22	2,81
Senso seul	6,09	7,09
Moteur + PIM	7,94	6,39
Moteur + senso	5,65	17,11
PIM + senso	4,1	1,63
Moteur + PIM + senso	4,29	8,48

Champ : personnes ayant déclaré recourir à l'aide humaine. Source : Enquête HSM, calculs Irdes

Graphique 11. Ventilation des personnes par groupes de recours à l'aide humaine pour réaliser les activités de la vie quotidienne, avant et après 60 ans

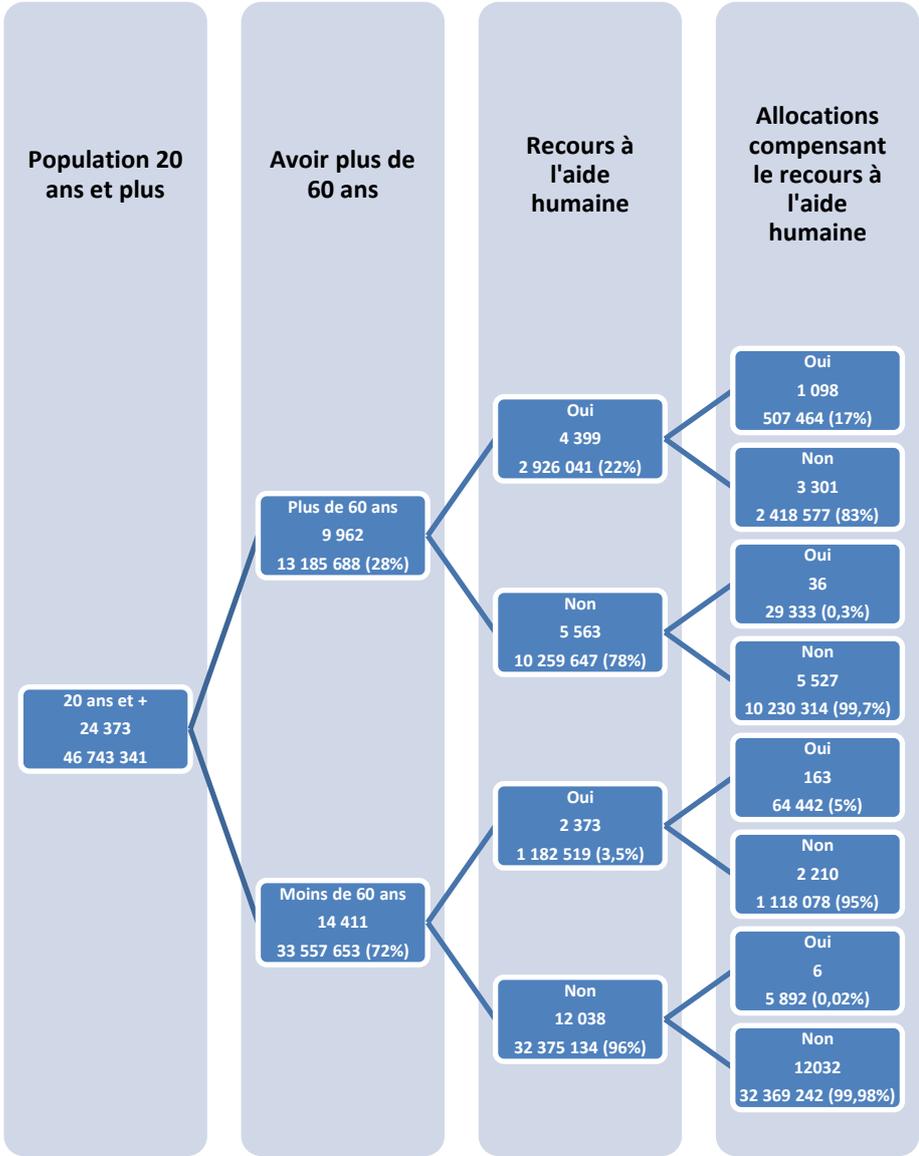


Champ : personnes âgées de plus de 20 ans recourant à de l'aide humaine pour réaliser les activités de la vie quotidienne. Source : Enquête HSM, calculs Irdes

Une faible couverture des populations déclarant recourir à l'aide humaine pour réaliser les activités de la vie quotidienne par les allocations

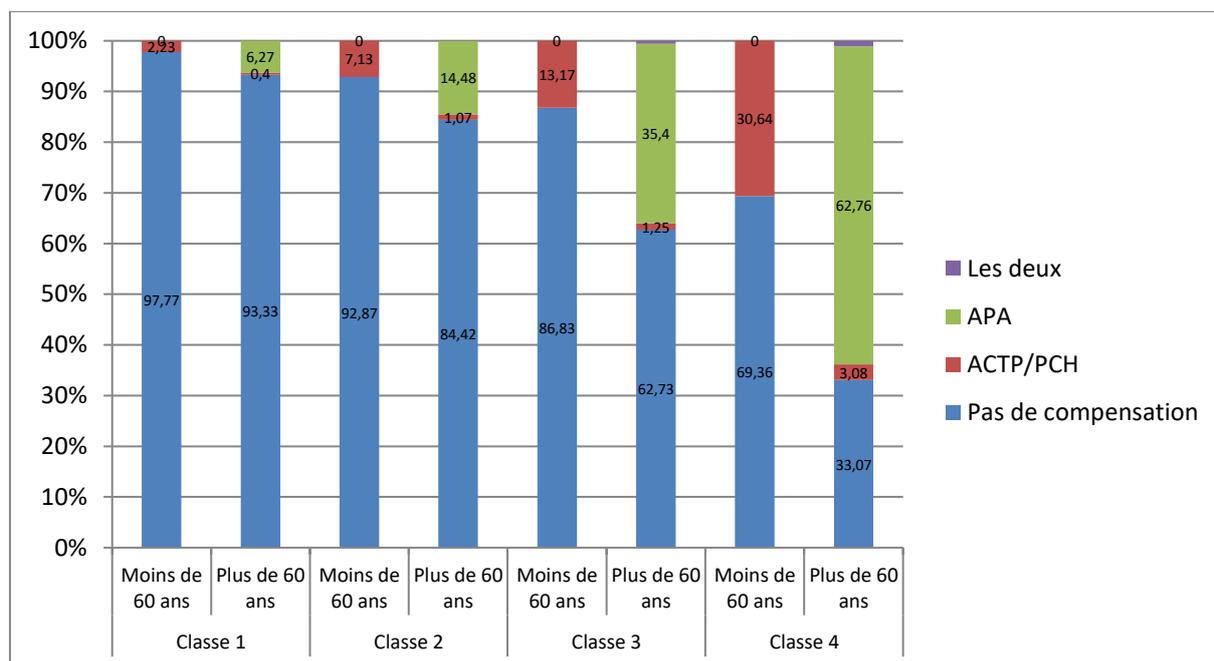
Nous souhaitons évaluer l'étendue du périmètre de couverture des populations déclarant recourir à l'aide humaine pour réaliser les activités de la vie quotidienne par les allocations. Que ce soit avant ou après 60 ans, la part des personnes déclarant recourir à de l'aide humaine et qui est dans le même temps couverte par une allocation est restreinte : 18,6%. On identifie cependant, une plus grande couverture chez les populations âgées de plus de 60 ans (17% contre 5% avant 60 ans) (graphique 12). La différence dans les règles d'attribution des allocations concernées (ACTP, PCH et APA) peuvent expliquer ces différences. En effet, les critères d'attribution de la PCH sélectionnent une population plus fortement dépendante que celles de l'APA. Enfin, on peut s'interroger sur la variabilité de la couverture par une allocation en fonction du niveau de recours à l'aide humaine. La proportion de population couverte par une allocation tend à croître dans les classes de recours à l'aide humaine plus important mais le pourcentage de personnes couvertes est toujours plus important pour les personnes âgées de plus de 60 ans que pour les personnes qui ont moins de 60 ans (graphique 13). Même dans la classe 4, le pourcentage de personnes non couvertes par une allocation demeure très élevé (69% avant 60 ans et 33% après 60 ans). Même si les données actuelles ne permettent pas d'avoir de visibilité parfaite sur la totalité des restes à charge liés aux recours à l'aide, l'existence de ces très importantes poches de non couverture par des allocations interroge sur la façon dont les personnes concernées parviennent à financer leur recours à l'aide humaine.

Graphique 12. Les allocations compensant le recours à l'aide humaine avant et après 60 ans



Source : Enquête HSM, calculs Irdes

Graphique 13. Compensation du recours à l'aide humaine en fonction des profils de recours et de l'âge



Note de lecture : dans la classe 4 de recours à l'aide humaine, 69% des individus de moins de 60 ans n'ont pas d'allocation compensant le besoin d'aide humaine pour réaliser les activités de la vie quotidienne. Pour les plus de 60 ans dans cette classe 4 de recours à l'aide humaine, 33% des personnes n'ont pas d'allocation pour compenser le besoin d'aide humaine pour réaliser les activités de la vie quotidienne. Source : Enquête HSM, calculs Irdes

Caractéristiques des bénéficiaires de l'ACTP/PCH et de l'APA

Les personnes qui bénéficient d'une allocation compensant un besoin d'aide pour réaliser les activités de la vie quotidienne ne constituent pas non plus une population homogène, selon que l'on considère les bénéficiaires de l'ACTP-PCH ou les bénéficiaires de l'APA par rapport à leurs caractéristiques socio-économiques (tableau 16). En effet, il y a une majorité d'hommes (58%) chez les bénéficiaires de l'ACTP-PCH tandis qu'ils sont minoritaires chez les bénéficiaires de l'APA (29%). Les configurations familiales sont également différenciées, avec une part plus importante de personnes seules chez les bénéficiaires de l'APA (47% contre seulement 23,3% chez les bénéficiaires de l'ACTP ou de la PCH).

Les données d'enquête ne permettent pas de savoir précisément pour quel motif la personne a finalement été considérée comme éligible à l'une des prestations. Les données permettent toutefois de rendre compte de la prévalence des différentes limitations fonctionnelles des populations de bénéficiaires de l'ACTP-PCH et de l'APA. Les profils diffèrent sensiblement : 92% des bénéficiaires de l'APA déclarent des limitations motrices contre 72% chez les bénéficiaires de l'ACTP-PCH (source : HSM). La part de personnes ayant des limitations auditives varie également (35% APA ; 14% ACTP/PCH) tandis qu'il n'y pas de différence significative dans la proportion de personnes déclarant des limitations psychiques, intellectuelles ou mentales (PIM) (40% dans chaque population) ni dans celles déclarant des limitations visuelles (environ 30% dans chaque population).

Tableau 16. Comparaison des caractéristiques socio-économiques et des limitations fonctionnelles des bénéficiaires de l'ACTP-PCH et des bénéficiaires de l'APA

	ACTP-PCH	APA
Part de femmes	42%	71%
20-49 ans	44%	0%
50-59 ans	24,7%	0%
60-74 ans	21,4%	21,7%
75 ans ou plus	9,8%	78,3%
Composition du ménage		
Ménage à une personne	23,3%	47,2%
Ménage à deux personnes	28,4%	41,7%
Ménage à plus de deux personnes	48,3%	11,1%
CSP du ménage		
Valeurs manquantes	0%	0,2%
Agriculteurs exploitants	2,3%	12%
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	4,5%	6,9%
Cadres et professions intellectuelles supérieures	1,8%	2,7%
Professions Intermédiaires	10%	4,3%
Employés	17,8%	30,9%
Ouvriers	13,7%	26,4%
Autre personne sans activité professionnelle actuelle ou antérieure	50%	16,6%
ALD	63,7%	79%
Complémentaire	78,7%	82,5%
Limitations motrices	72%	92%
Limitations psychiques, intellectuelles ou mentales	40%	40%
Limitations auditives	14%	35%
Limitations visuelles	30%	30%

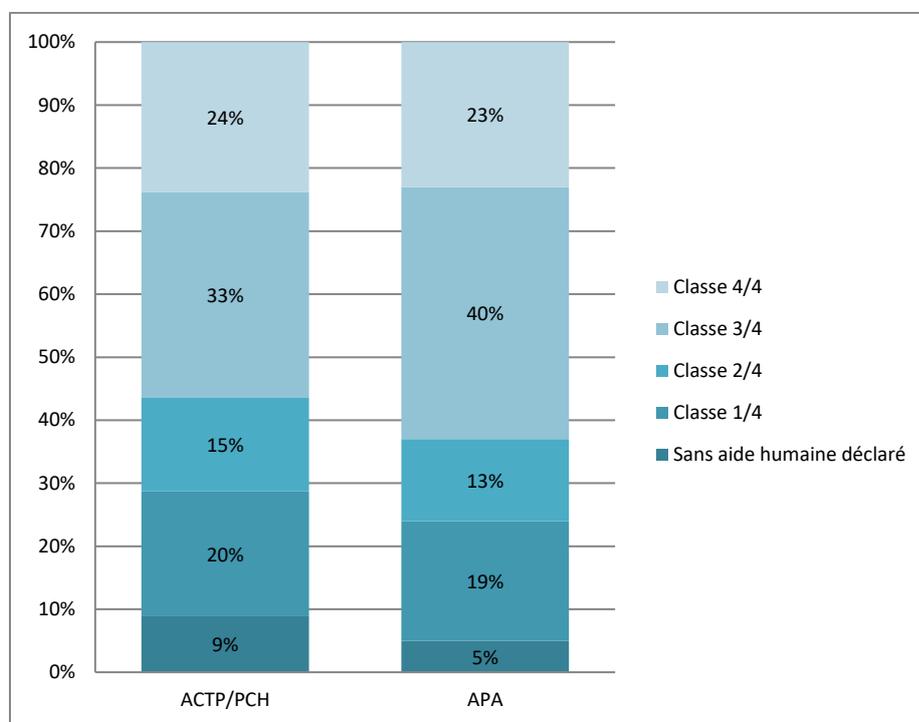
Note de lecture : 42% des bénéficiaires de l'AAH sont des femmes, tandis que cette proportion passe à 71% pour les bénéficiaires de l'APA. Plus de 78% des bénéficiaires de l'APA sont âgés de 75 ans ou plus, tandis que seuls 9,8% des bénéficiaires de l'ACTP-PCH se situent dans cette tranche d'âge.

Source : Enquête HSM, calculs Irdes.

Nous répartissons les bénéficiaires des allocations ACTP-PCH et APA en fonction des niveaux de besoins d'aide humaine qu'ils ont déclarés et les projetons selon la classification de recours à l'aide humaine que nous avons réalisée. Que l'on considère les bénéficiaires de l'ACTP-PCH ou ceux qui bénéficient de l'APA, les besoins d'aide des individus sont très hétérogènes (graphique 14). S'agissant de personnes qui bénéficient d'une allocation, on aurait pu supposer qu'elles se situeraient uniquement dans les classes de recours à l'aide humaine les plus élevées. Toutefois, il est probable que certaines personnes éligibles à ces allocations n'aient dans le même temps qu'un faible besoin de recours à l'aide humaine pour les activités de la vie quotidienne : les personnes sourdes éligibles à la PCH peuvent potentiellement entrer dans cette catégorie. Une fraction importante des bénéficiaires de l'ACTP-PCH (9%) ne déclare aucun besoin d'aide pour réaliser les activités de la vie quotidienne (graphique 14) tandis qu'une proportion plus réduite de bénéficiaires de l'APA se trouve

dans cette situation (5%). Les personnes qui se répartissent dans les deux premières classes de recours à l'aide humaine caractérisées par un degré de recours plus faible et portant principalement sur les AIVQ représentent une importante fraction de la population totale des bénéficiaires (35% pour les bénéficiaires de l'ACTP-PCH et 32% pour les bénéficiaires de l'APA). Les bénéficiaires de l'APA sont nombreux à se situer dans la classe 3 de recours à l'aide humaine (40%), marquée par un recours élevé et étendu pour la majorité des activités instrumentales de la vie quotidienne et par un recours ciblé sur certaines AVQ telles que « se laver », « s'habiller » et « couper la nourriture ou se servir à boire ». Les bénéficiaires de l'ACTP-PCH sont moins nombreux dans cette catégorie (33%). Une égale proportion de bénéficiaires de l'ACTP-PCH et de bénéficiaires de l'APA (autour de 23-24%) se retrouve dans la classe 4, caractérisée par le degré de recours à l'aide humaine le plus élevé et portant à la fois sur les activités AIVQ et les activités AVQ.

Graphique 14. Répartition des bénéficiaires de l'ACTP-PCH et de l'APA en fonction de leurs besoins d'aide identifiés à partir de la classification



Note de lecture : 9% des bénéficiaires de l'ACTP-PCH n'ont pas déclaré de recours à l'aide humaine pour réaliser les activités de la vie quotidienne. Les bénéficiaires de l'APA ne sont que 5% dans cette situation. 24% des bénéficiaires de l'ACTP-PCH et 23% des bénéficiaires de l'APA se retrouvent dans la quatrième classe de recours à l'aide humaine. Source : Enquête HSM, calculs Irdes.

3.2 Analyse de la consommation de soins et des restes à charge des personnes bénéficiant d'une allocation compensant un besoin d'aide humaine pour réaliser les activités de la vie quotidienne

L'objectif est de décrire les dépenses de santé ainsi que les restes à charge en niveau, avant et après 60 ans, des personnes qui ont déclaré recourir à de l'aide humaine pour réaliser les activités de la vie quotidienne. Dans ce cas de figure, deux variables explicatives –à la fois le niveau de recours à l'aide humaine ainsi que l'âge antérieur ou postérieur à 60 ans- sont susceptibles d'influencer la distribution des dépenses-ou des restes à charge. S'agissant du degré de recours à l'aide humaine,

nous nous appuyons sur la classification en quatre classes que nous avons présentée en partie « 2.2.1 Typologie du recours à l'aide humaine » de ce rapport.

3.2.1 Niveaux et structures de dépenses de santé et de restes à charge

Analyse des dépenses de santé de l'ensemble des personnes déclarant recourir à l'aide humaine

Les dépenses de santé moyennes des personnes qui recourent à l'aide humaine croissent avec le degré de recours à l'aide humaine (tableau 17). Dans la quatrième classe de recours à l'aide humaine, la médiane est élevée (10220€) tandis qu'elle est de niveau plus faible dans les autres classes de recours à l'aide humaine. Pour les individus qui ne déclarent pas recourir à l'aide humaine, la dépense moyenne est plus faible mais le coefficient de variation élevé annonce une variabilité de la dépense accentuée.

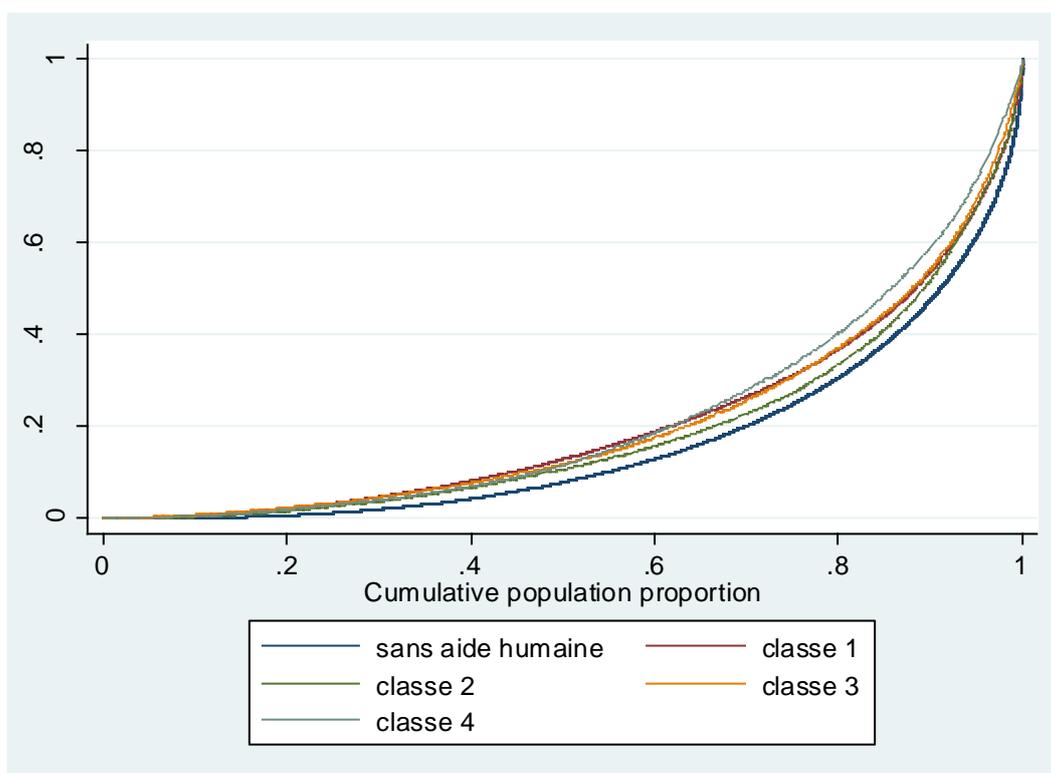
Tableau 17. Statistiques descriptives des dépenses de santé selon la reconnaissance de handicap

	moyenne	Ecart type	1er quartile	médiane	3ème quartile	coefficient de variation
Pas d'aide	1693	3959	217	725	1771	2,34
Classe 1	5181	8744	1287	2768	5385	1,69
Classe 2	7525	13096	1565	3303	7829	1,74
Classe 3	10874	16372	2457	5303	12493	1,51
Classe 4	17485	22129	3801	10220	22044	1,27

Note de lecture : Les dépenses de santé des individus ne déclarant pas de recours à l'aide humaine pour réaliser les activités de la vie quotidienne sont en moyenne de 1693€. Elles s'élèvent en moyenne à 5181€ dans la première classe de recours à l'aide humaine, à 7525€ dans la deuxième classe, à 10874€ dans la troisième classe et 17485€ dans la quatrième classe de recours à l'aide humaine. Source : Enquête HSM, données appariées avec le Sniiram, calculs Irdes.

Les dépenses de santé sont plus concentrées pour les individus qui ne recourent pas à l'aide humaine que pour les individus qui y recourent (graphique 15). En filtrant sur les populations qui recourent à l'aide humaine, on retient des niveaux de dépenses plus homogènes que ceux de la population qui ne recoure pas. De toutes les classes qui recourent à l'aide humaine, c'est dans la classe 4 que la concentration de la dépense est la plus faible, signalant une homogénéité des dépenses au sein de cette classe.

Graphique 15. Courbes de Lorentz représentant la concentration des dépenses en fonction du degré de recours à l'aide humaine



Source : Enquête HSM, données appariées avec le Sniiram, calculs Irdes.

Analyse des RAC de l'ensemble des personnes déclarant recourir à l'aide humaine

Par rapport aux niveaux de dépenses exposés, les RAC moyens sont moins fortement différenciés en fonction du degré de recours à l'aide humaine. En effet, on observe un niveau de RAC moyen qui varie de 816€ dans la classe 1 de recours à l'aide humaine, à 867€ dans la classe 2 de recours, 817€ dans la classe 3 et 854€ dans la classe 4 (tableau 18). De toutes les classes de recours à l'aide humaine, la classe 4 est celle dans laquelle la médiane est la plus faible et le coefficient de variation le plus élevé.

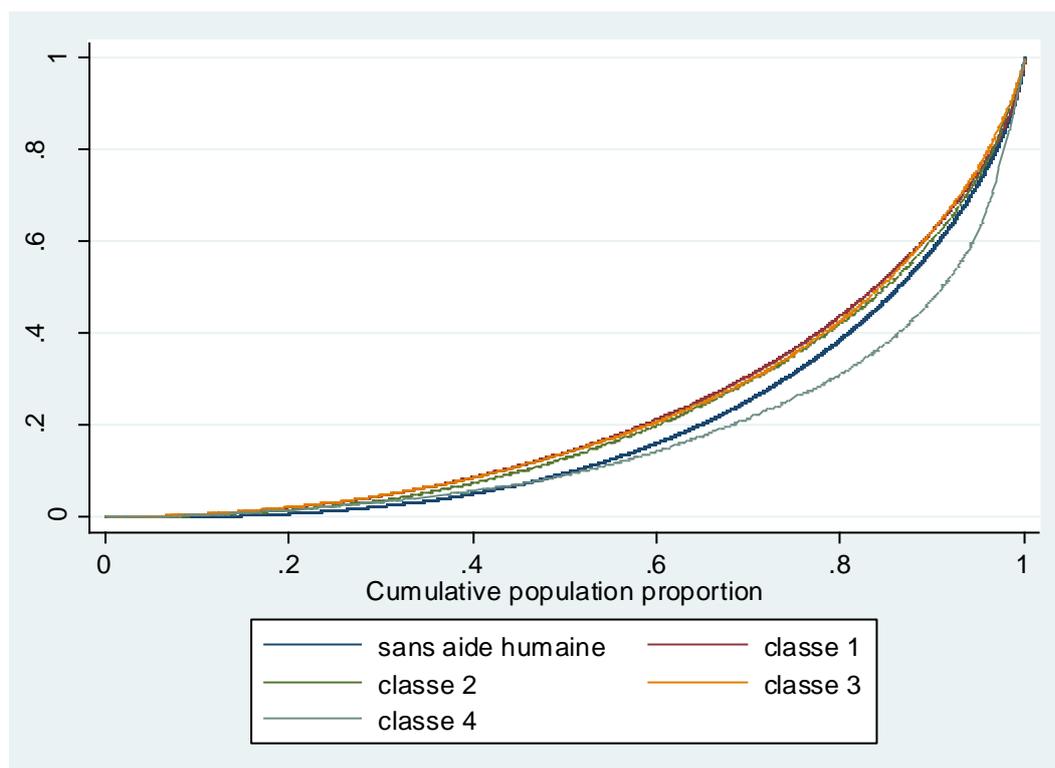
Les individus de la classe 4, qui se distinguaient par le plus faible niveau de concentration de la dépense, sont au contraire ceux qui ont le RAC le plus concentré, encore davantage que la population qui ne recourt pas à l'aide humaine. Cette situation témoigne d'une homogénéité de la dépense mais d'une hétérogénéité des prises en charge : dans cette classe, seulement 16,4% des individus ne sont pas en ALD mais ils peuvent endosser des restes à charge élevés.

Tableau 18. Statistiques descriptives des restes à charge selon la reconnaissance de handicap

	moyenne	Ecart type	1er quartile	médiane	3ème quartile	coefficient de variation
Pas d'aide	472	663	73	254	620	1,40
Classe 1	816	1024	216	507	1061	1,25
Classe 2	867	1072	180	536	1124	1,24
Classe 3	817	966	217	497	1073	1,18
Classe 4	854	1476	148	373	793	1,73

Note de lecture : Les restes à charge des individus ne déclarant pas de recours à l'aide humaine pour réaliser les activités de la vie quotidienne sont en moyenne de 816€ dans la première tranche de recours à l'aide humaine, de 867€ dans la deuxième classe, de 817€ dans la troisième classe et de 854€ dans la quatrième classe. Source : Enquête HSM, données appariées avec le Sniiram, calculs Irdes.

Graphique 16 : Courbes de Lorentz représentant la concentration des restes à charge en fonction du degré de recours à l'aide humaine



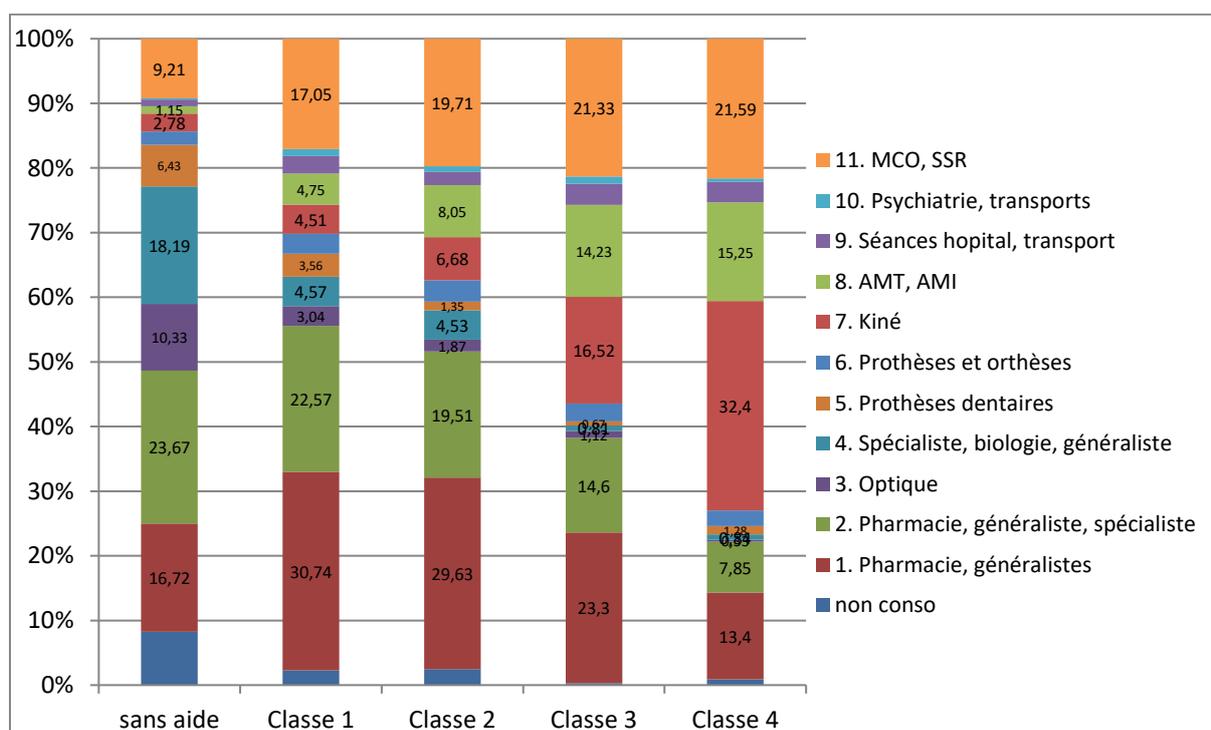
Source : Enquête HSM, données appariées avec le Sniiram, calculs Irdes.

Profils de consommations de soins

Les consommateurs de soins de ville de type 1 (pharmacie et généralistes), 2 (pharmacie, généraliste et spécialiste) et 4 (spécialiste, biologie et généraliste) sont plus nombreux en proportion dans les premières classes de recours à l'aide humaine (58% dans la classe 1 et 54% dans la classe 2) et au contraire beaucoup moins nombreux dans la classe 4 (23%) (Graphique 17).

Au contraire, les profils de consommation de soins qui sont en lien avec le handicap sont beaucoup plus fréquents dans les classes élevées de recours à l'aide humaine (54% dans la classe 4 versus 16% dans la classe 1).

Graphique 17 : Ventilation des profils de consommation de soins par classe de recours à l'aide humaine



Note de lecture : 30,7% des individus classés dans la catégorie 1 de recours à l'aide humaine correspondent au profil de consommation 1 caractérisé par une consommation principalement centrée sur les consultations de généralistes et dépenses de médicaments. Ce profil de consommation 1 « généraliste et pharmacie » est en revanche plus faiblement représenté dans la classe 4 de recours à l'aide humaine (13,4%). Source : Enquête HSM.

Analyse des dépenses de santé des bénéficiaires de l'ACTP-PCH et de l'APA

Les dépenses de santé des bénéficiaires de l'APA sont plus élevées que celles des bénéficiaires de l'ACTP-PCH (tableau 19). La médiane associée à la dépense des bénéficiaires de l'APA est deux fois

plus élevée. En revanche, le coefficient de variation est plus accentué pour les dépenses des bénéficiaires de l'ACTP-PCH, ce qui témoigne d'une variabilité de la dépense accentuée.

Tableau 19. Dépenses de santé des bénéficiaires de l'ACTP-PCH et de l'APA

	moyenne	Ecart type	1er quartile	médiane	3ème quartile	coefficient de variation
ACTP/PCH	9248	14859	1244	3071	8411	1,61
APA	12748	18034	3015	6011	15230	1,41

Note de lecture : Les dépenses moyennes de santé des bénéficiaires de l'ACTP-PCH s'établissent à 9248€ tandis que celles des bénéficiaires de l'APA s'élèvent à 12748€. Source : Enquête HSM, données appariées avec le Sniiram, calculs Irdes.

Analyse des RAC des bénéficiaires de l'ACTP-PCH et de l'APA

Les niveaux moyens de restes à charge (tableau 20) sont très fortement réduits comparativement aux niveaux de dépenses moyens. Pour les bénéficiaires de l'ACTP-PCH, la médiane est située à un niveau plus faible tandis que le coefficient de variation est plus élevé, attestant d'une forte variabilité du RAC.

Tableau 20. Restes à charge des bénéficiaires de l'ACTP-PCH et de l'APA

	moyenne	Ecart type	1er quartile	médiane	3ème quartile	coefficient de variation
ACTP/PCH	689	1109	82	406	845	1,61
APA	911	1109	252	547	1131	1,22

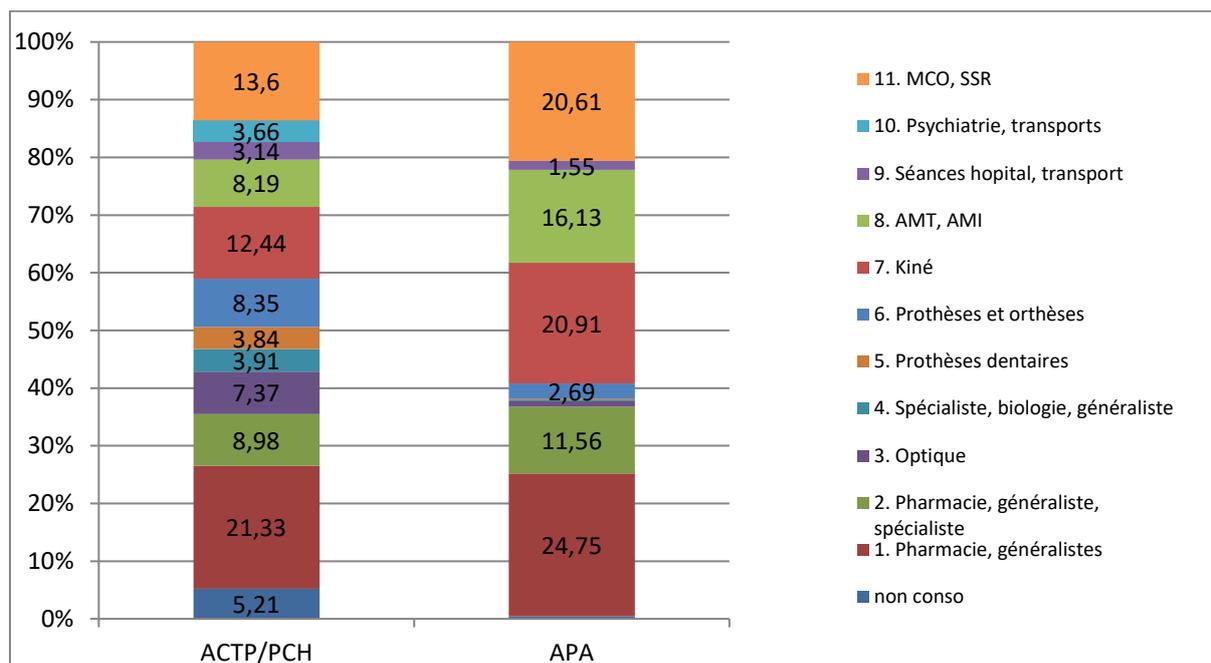
Note de lecture : Les restes à charge moyens des bénéficiaires de l'ACTP-PCH s'établissent à 689€ tandis que ceux des bénéficiaires de l'APA s'élèvent à 911€. Source : Enquête HSM, données appariées avec le Sniiram, calculs Irdes.

Le graphique 18 présente la ventilation des profils de consommation de soins pour les bénéficiaires de l'ACTP-PCH et pour les bénéficiaires de l'APA. Les bénéficiaires de l'ACTP-PCH comme les bénéficiaires de l'APA présentent la même proportion de consommateurs de soins de ville « classiques » -profils « généraliste et pharmacie » et « généraliste, spécialiste et actes de biologie »-, soit 35%.

Les profils de consommateurs de soins en lien avec le handicap sont en revanche différenciés selon que l'on considère les bénéficiaires de l'ACTP-PCH ou les bénéficiaires de l'APA. Parmi les bénéficiaires de l'ACTP-PCH, on retrouve plus souvent le profil de consommation « hospitalisations psychiatriques et transports » (3,9% versus 0% pour les bénéficiaires de l'APA) ainsi que le profil « prothèses et fauteuils roulants » (8,7% versus 2% pour les bénéficiaires de l'APA). Au contraire, le profil de consommation « kinésithérapie, transports, soins infirmiers » est beaucoup plus courant parmi les bénéficiaires de l'APA (22,4%) que chez les bénéficiaires de l'ACTP-PCH (seulement 13,7%). Par ailleurs, les bénéficiaires de l'APA présentent beaucoup plus fréquemment le profil de consommation « hospitalisation MCO, SSR et transports » (20,6% versus 14,1%), le profil « actes

infirmiers » (15,8% versus 8,4%) ainsi que le profil « kinésithérapie, transports, actes infirmiers » (22,4% versus 13,7%).

Graphique 18 : Ventilation des profils de consommation de soins pour les bénéficiaires de l'ACTP-PCH et pour les bénéficiaires de l'APA



Note de lecture : 21,3% des bénéficiaires de l'ACTP-PCH présentent un profil de consommation de type « généraliste et pharmacie » tandis que 24,7% des bénéficiaires de l'APA ont ce profil de consommation en 2008. Source : Enquête HSM.

3.2.2 Variations des dépenses de santé et des restes à charges en fonction du degré de recours à l'aide humaine et de l'âge

Pour progresser dans la compréhension de l'explication des dépenses de santé avec le degré de recours à l'aide humaine et également en fonction de l'âge, nous réalisons des régressions linéaires sur l'ensemble des postes de dépenses de santé ce qui permet d'identifier les postes qui contribuent majoritairement à l'augmentation des dépenses.

Le tableau 21 montre un accroissement important du niveau des dépenses de santé avec l'accroissement du degré de recours à l'aide humaine. Par rapport aux personnes qui ne recourent pas à l'aide humaine, celles de la classe 1 de recours endossent un supplément de dépenses de 3830€ par année, ceux de la classe 2 de 4740€, ceux de la classe 3 de 8692€ et ceux de la classe 4 de 14605€.

Tableau 21. Contribution des postes au supplément de dépense de la classe par rapport à celle de la catégorie des personnes sans recours à l'aide humaine

	généraliste	spécialiste	pharmacie	AMI	AIS	Kiné	Optique	Prothèses dentaires	AMT	Prothèses et orthèses	Biologie	Transport	Autres	Hôpital MCO	Hôpital SSR	Hôpital PSY	Hôpital Séances	Dépense totale	
Classe 1	121***	203***	1027***	67***	1	156***	4	0	100***	67***	81***	344***	40***	888***	125***	294***	311**	3830***	
Classe 2	111***	215***	913***	146**	0	154***	1	-25	158***	61***	45***	381***	110	1576***	82*	371***	442	4740***	
Classe 3	181***	199***	1556***	258***	252***	358***	-25**	-16	500***	226***	85***	593***	36**	2859***	428***	974*	230	8692***	
Classe 4	152***	97	1113***	347**	897***	1063***	-42***	-66***	1749***	873***	19	1085***	-1	2604**	3495**	1226	-6	14605***	
plus de 60 ans	72***	108***	596***	50***	5**	28***	-37***	53***	50***	47***	50	32***	22***	402***	40**	-30	41*	1601***	
Interaction classe 1	-6	-143***	-359***	94**	46***	-51**	-29**	-35	25	-6	-33**	-245**	-41***	-209	18	-278***	-279**	-1532***	
Interaction classe 2	47**	-208***	13	428**	292***	60	-34*	-38	92	-17	9	-247**	-113	788	187	-356**	-414	489	
Interaction classe 3	47**	-229***	-530**	534***	633***	67*	-31**	-46	48	-173***	-8	-318***	-55***	502	105	-945*	-62	-460	
Interaction classe 4	122***	-161**	-161	304	1861***	224	-53***	-45	-282	-659***	2	-498	37	2616	-1551	-1224	70	600	
Constante	101***	170***	293***	10**	0	38***	-78***	85***	27***	16***	63	21***	8***	316***	15	32***	33***	1306	

Note de lecture : par rapport aux personnes qui ne recourent pas à l'aide humaine, celles qui figurent dans la classe 1 du recours à l'aide humaine font face à une dépense de santé augmentée de 3830€. Parmi les postes qui contribuent le plus à expliquer ce différentiel figurent la consommation de pharmacie (+1027€), la consommation de soins en hospitalisations MCO (+888€) et les hospitalisations en psychiatrie (+294€). L'effet de l'âge pour les personnes qui n'ont pas de recours à l'aide humaine se traduit par une dépense supplémentaire de 1601€ après 60 ans. L'effet de l'âge pour les individus qui se situent dans la classe 1 de recours à l'aide humaine est beaucoup plus faible : 1601-1532=69€ au lieu de 1601€. Source : Enquête HSM, calculs Irdes

Dans la classe 1 (tableau 21), deux principaux postes contribuent à hauteur de 50% pour expliquer le différentiel de dépense par rapport à celle des individus qui n'ont pas recours à l'aide humaine : la pharmacie (27%) et les hospitalisations MCO (23%). Trois autres postes ont une contribution plus modeste, dans une fourchette variant de 8 à 9% : les séances à l'hôpital, les dépenses d'hospitalisation liées à des séjours en psychiatrie et les transports.

Le profil de la classe 2 est très semblable avec une prédominance des deux mêmes postes – hospitalisation MCO et pharmacie- expliquant 52% du différentiel de dépenses mais avec une pondération cette fois-ci plus accentuée sur les dépenses d'hospitalisation (33%) et au contraire amoindrie sur la pharmacie (19%). Les trois autres postes qui contribuent à expliquer le différentiel de dépense et dont le poids oscille entre 8 et 9% sont les mêmes que ceux qui apparaissent dans l'analyse de la classe 1 : les séances à l'hôpital, les dépenses d'hospitalisation liées à des séjours en psychiatrie et les transports.

La classe 3 est assez semblable à la classe 2, notamment si l'on considère le poids des hospitalisations MCO et du médicament (respectivement 33% et 18%) comme facteurs explicatifs du différentiel de dépense. En revanche, dans cette classe 3, les dépenses liées aux hospitalisations en psychiatrie et celles liées aux orthèses et prothèses pèsent davantage pour expliquer le différentiel de dépenses alors que dans la classe 2 ces postes avaient des poids beaucoup plus modestes. Par ailleurs, les actes de soins infirmiers qui n'avaient aucun poids pour expliquer le différentiel de dépense dans la classe 1 et la classe 2, comptent pour 3% du différentiel dans la classe 3. Le poids des dispositifs médicaux (AMT, orthèses et prothèses) dans cette classe, comme les dépenses d'hospitalisation en SSR (5%), les dépenses de kinésithérapie ou les actes de soins réalisés par les infirmiers libéraux permettent d'identifier une problématique de prise en charge de handicap qui n'était pas présente dans les deux

premières classes de recours à l'aide humaine. En revanche, les uniques postes de dépenses présentant des résultats négatifs sont l'optique et les prothèses dentaires.

La classe 4 se singularise de façon beaucoup plus nette des autres classes. Trois postes expliquent 59% du différentiel de dépenses de cette classe par rapport à la classe des individus qui ne déclarent pas recourir à l'aide humaine : les dépenses d'hospitalisation SSR (24%), les dépenses liées aux hospitalisations MCO (18%) et les dépenses liées aux dispositifs médicaux (AMT et orthèses et prothèses) (18%). Le médicament qui était l'un des plus forts facteurs explicatifs de la dépense différentielle dans les autres classes ne représente dans la classe 4 qu'un poids très modeste (8%). On constate également une moindre consommation d'optique et de dentaire dans cette classe.

Pour les personnes qui ne recourent pas à l'aide humaine, l'effet de l'âge –avoir plus de 60 ans– s'accompagne d'une augmentation de la dépense totale de 1600€. Les principaux postes qui expliquent l'augmentation de la dépense de santé après 60 ans sont les dépenses de pharmacie (+596€) et les dépenses d'hospitalisation en MCO (+402€). Cet effet de l'âge est nettement différencié selon le degré de recours à l'aide humaine : pour les individus de la classe 1, il est nettement plus faible car la dépense n'augmente pour ces individus que de 69€ après 60 ans par rapport aux personnes de la même classe âgées de moins de 60 ans. Cette augmentation réduite de la dépense s'explique par l'augmentation modérée des dépenses de pharmacie (seulement 237€ en moyenne au lieu de 596€ pour les personnes qui ne recourent pas à l'aide humaine), par la réduction des dépenses de spécialistes, la diminution des dépenses liées aux hospitalisations en psychiatrie, de la diminution des séances à l'hôpital, entre autres facteurs. Au contraire, dans les autres classes de recours à l'aide humaine, l'augmentation de la dépense totale n'est pas significativement différente de celle qui prévaut pour les personnes sans recours à l'aide humaine après 60 ans. Dans la classe 4, des postes de dépense augmentent très fortement après 60 ans par rapport aux personnes qui ne déclarent pas recourir à l'aide humaine : la dépense en actes de soins infirmiers (+1861€) et les dépenses d'hospitalisation en MCO (+2616€). En revanche, la dépense liée à l'acquisition de dispositifs médicaux (orthèses et prothèses) est en très nette chute par rapport aux personnes sans recours à l'aide humaine (-659€).

Nous avons également réalisé des régressions linéaires sur l'ensemble des postes de restes à charge ce qui permet d'identifier les postes qui contribuent majoritairement à l'augmentation des RAC (tableau 22).

Par rapport aux personnes qui ne recourent pas à l'aide humaine, le reste à charge augmente pour les individus qui y recourent, mais sans proportionnalité en fonction du degré de recours (au contraire de ce qui était observé sur les dépenses) : les individus situés dans la classe 1 de recours à l'aide humaine endossent un reste à charge additionnel de 229€, ceux de la classe 2 de 264€, ceux de la classe 3 de 262€ et enfin ceux de la classe 4 de 243€. Dans les trois premières classes de recours à l'aide humaine, ce sont les restes à charge liés aux dépenses de pharmacie et ceux liés aux hospitalisations en MCO qui expliquent la plus grande partie du différentiel de reste à charge par rapport aux individus qui ne recourent pas à l'aide humaine. En revanche, pour les individus situés dans la classe 4 de recours à l'aide, ce sont les restes à charge liés aux hospitalisations en SSR qui expliquent en grande partie le différentiel de reste à charge, par rapport aux individus qui ne recourent pas à l'aide humaine.

Tableau 22. Contribution des postes au supplément de reste à charge de la classe par rapport à celui de la catégorie des personnes sans recours à l'aide humaine

	généraliste	spécialiste	pharmacie	AMI	AIS	Kiné	Optique	Prothèse dentaire	AMT	Prothèse et orthèse	Biologie	Transport	Autres dépenses ambulatoires	Hôpital MCO	Hôpital SSR	Hôpital PSY	Hôpital Séances	RAC total
Classe 1	8**	19**	70***	9	0	14**	3	-4	11**	14***	9***	10*	9*	31***	7**	19*	7	229***
Classe2	-1	6	54***	9*	0	8	0	-24	15**	4	2	7	86	74*	1	26	4	264**
Classe 3	-10***	-13*	72***	31	4	9	-26**	-12	16***	41***	3	7**	3	83**	28**	39*	1	262**
Classe 4	-13**	-40***	-2	3	13	-5	-41***	-54***	30***	206	-15**	10*	-1	49	97**	15	0	243
Plus de 60 ans	8***	22***	133***	5***	0*	8***	36***	45***	6***	38***	12***	1	11***	25***	3*	-3**	0	350***
Inter classe 1	-3	-13	0	0	6	6	-28**	-27	0	12	-9**	-5	-10**	18	3	-17	-6	-78
Inter classe 2	4	-16	18	15	23*	11	-33*	-27	4	0	-4	-4	95	51*	15	26	-4	-71
Inter classe 3	7	-23**	52**	3	46**	5	29*	-40	7	-51**	-9**	1	-12***	11	-6	38*	-1	-179**
Inter classe 4	0	-15	-37*	2	80**	1	51***	-38**	24	-234*	-1	-4	-11***	161*	61	-15	-1	-81
Constante	37***	64***	83***	2***	0	14***	76***	67***	3***	8***	23***	2***	2**	23	2*	3***	0	426

Note de lecture : par rapport aux personnes qui ne recourent pas à l'aide humaine, les individus qui se situent dans la classe 1 de recours exposent un RAC supplémentaire de 229€. Parmi les postes qui contribuent le plus à expliquer ce différentiel figurent la consommation de pharmacie (+70€) et la consommation de soins en hospitalisations MCO (+31€). L'effet de l'âge pour les personnes qui ne recourent pas à l'aide humaine se traduit par un RAC supplémentaire de 350€ après 60 ans. L'effet de l'âge pour les personnes appartenant à la classe 3 est plus faible que celui qui prévaut pour les personnes sans recours à l'aide humaine : 350-179=171€ versus 350€. Source : Enquête HSM, calculs Irdes

Pour les personnes sans recours à l'aide humaine, l'effet de l'âge se traduit par une augmentation du reste à charge de l'ordre de 350€, ce qui représente un effet massif car correspondant à une augmentation de 82% du RAC après 60 ans. Le poste qui explique le plus cette augmentation du RAC est la pharmacie (+133€). On constate également une augmentation des dépenses d'optique, de prothèses dentaires ainsi que des orthèses et prothèses. Pour les personnes qui recourent à l'aide humaine, seules les personnes qui figurent dans la classe 3 de recours à l'aide humaine se distinguent par une augmentation plus faible de leur RAC, de 171€ et non de 350€. Pour ces individus, certains postes de RAC augmentent de façon moins importante que pour les individus qui ne recourent pas à l'aide humaine : leur RAC de pharmacie n'augmente que de 82€ (versus 133€) tandis que celui lié aux orthèses et prothèses diminue de 13€ après 60 ans. Pour les individus de la classe 4, le passage à 60 ans n'a pas le même impact que pour les personnes qui n'ont pas de recours à l'aide humaine : ils endossent cependant un reste à charge beaucoup plus faible sur les dispositifs médicaux (orthèses et prothèses, optique et dentaire). Au contraire, ils doivent endosser un RAC significativement plus élevé sur les actes infirmiers, de même qu'ils sont confrontés à un RAC nettement plus élevé sur les hospitalisations MCO.

Partie 4. Discussion des résultats et enseignements de l'étude

Notre étude a porté sur les dépenses et les restes à charge à la fois en niveau et en structure de plusieurs populations de personnes en situation de handicap, avant et après l'âge de 60 ans en France.

Notre étude a d'abord été centrée sur les bénéficiaires d'allocations compensant une incapacité de travailler (AAH, pension d'invalidité et rente d'incapacité). Les bénéficiaires des différentes reconnaissances de handicap se différencient en termes de limitations fonctionnelles et de restrictions d'activité : les bénéficiaires de l'AAH se distinguent des bénéficiaires des autres allocations par une proportion plus importante de personnes atteintes de limitations psychiques, intellectuelles ou mentales et par un niveau de recours à l'aide humaine plus important. Cependant, dans chacune des populations demeure une forte hétérogénéité des profils. Cette hétérogénéité des profils se retrouve dans les consommations de soins avec une forte variabilité de dépenses et de restes à charge au sein de chaque type de reconnaissance de handicap. Les restes à charge des bénéficiaires de l'AAH ne sont pas significativement différents de ceux qui n'ont pas de reconnaissance administrative. Cependant, la structure de leur RAC est différente, avec une moindre représentation des dépenses d'optique et de prothèses dentaires et un poids plus important pour la pharmacie et l'hospitalisation (MCO et psychiatrie). Par opposition, les personnes bénéficiant d'une pension d'invalidité ont des RAC significativement plus importants que les personnes sans reconnaissance, tant sur l'optique, les prothèses dentaires, que sur la pharmacie ou les orthèses et prothèses. Malgré des besoins possiblement différents entre ces populations, il est peu probable que les bénéficiaires de l'AAH aient des besoins moins importants sur les postes optique et dentaire que les personnes sans reconnaissance de handicap. Ainsi, l'inéquité de prise en charge qui affecte les bénéficiaires de l'AAH¹⁰ -ils ne bénéficient pas de la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire du ticket modérateur sur la dépense remboursable au contraire des bénéficiaires de pensions d'invalidité et de rentes d'incapacité et ils sont par ailleurs moins souvent couverts par une complémentaire santé- pèse vraisemblablement sur leur accès aux soins. Etant considérés par la sécurité sociale comme des assurés de droit commun devant acquitter un ticket modérateur sur leurs dépenses de santé, les bénéficiaires de l'AAH sont vraisemblablement contraints de réaliser des arbitrages sur leurs consommations de soins en fonction de priorités afin de maintenir leur montant de reste à charge à un niveau qui ne pèse pas excessivement sur des revenus qui peuvent être en moyenne assez modestes.

Cette inéquité de traitement pour les bénéficiaires de l'AAH avant 60 ans par rapport aux bénéficiaires de pensions d'invalidité ou de rentes d'incapacité de la même tranche d'âge se poursuit après 60 ans : des trois types de reconnaissance de handicap, seuls les bénéficiaires de l'AAH subissent une augmentation de reste à charge après 60 ans comparable par son ampleur à celle des assurés sans reconnaissance de handicap.

Notre étude a porté également sur les allocations compensant les incapacités à réaliser les activités de la vie quotidienne, et plus généralement sur le recours à l'aide humaine en lien avec ces activités.

¹⁰ Ce constat n'est valable que pour les individus qui ne bénéficient que de l'AAH, et pas pour ceux qui cumulent par exemple AAH et pension d'invalidité ou AAH et rente d'incapacité.

A partir de notre classification de recours à l'aide humaine pour réaliser les activités de la vie quotidienne, nous montrons que persistent d'importantes poches de non couverture par les allocations pour les personnes qui ont un recours très important à l'aide humaine, y compris dans la classe 4. Dans cette classe caractérisée par un recours à l'aide humaine portant sur un éventail très large d'activités de la vie quotidienne, nous montrons que 69% des individus ne sont pas couverts par une allocation spécifique (de type ACTP ou PCH) avant 60 ans et que la proportion de personnes qui ne dispose pas de l'APA atteint 33% après l'âge de 60 ans. Même si les données manquent à l'heure actuelle pour connaître les restes à charge liés au recours à l'aide humaine, l'existence de ces importantes poches de non couverture par des allocations pose la question de la façon dont ces personnes parviennent à financer leur recours à l'aide humaine, en l'absence de couverture.

Notre étude montre également que les RAC liés aux dépenses de santé sont en moyenne assez stables pour les individus qui recourent à l'aide humaine, et qu'il n'y a pas de gradient en fonction du degré de recours à l'aide humaine, au contraire de ce qui peut être observé pour les dépenses, ce qui apparaît rassurant au premier abord. Ce lissage des RAC en fonction du degré de recours à l'aide humaine est vraisemblablement obtenu par le jeu de l'exonération de l'ALD, qui permet d'écarter les restes à charge. Ce panorama général de restes à charge stabilisés autour d'un niveau moyen commun à toutes les classes de recours à l'aide humaine ne doit toutefois pas faire oublier des situations de RAC très élevés pour certains individus qui ne bénéficieraient pas de l'ALD ou qui, bien que couverts par l'ALD affichent des profils de consommation en lien avec le handicap plus susceptibles d'occasionner des dépassements non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. Nos résultats font état dans la classe 4 de recours à l'aide humaine d'une concentration des RAC très importante : 20% de la population concentre 70% des RAC. Ces personnes qui ont décidé de recourir à une aide humaine « professionnelle », peuvent par ailleurs se trouver confrontées à des forts RAC liés au recours à l'aide humaine sans être couverts ni par l'ACTP-PCH avant 60 ans ni par l'APA après 60 ans. Il est probable qu'une partie de ces personnes fasse le choix de recourir à une aide « non professionnelle » assurée par leur entourage et que des personnes décident de renoncer à recourir à l'aide humaine professionnelle.

Un deuxième enseignement peut être tiré de l'observation de la relative stabilité des RAC liés aux dépenses de santé en fonction du degré de recours à l'aide humaine. Cette stabilité moyenne n'est qu'apparente, car les postes de RAC qui pèsent le plus sur le RAC sont très différenciés selon les classes de recours à l'aide humaine. Dans les premières classes de recours à l'aide humaine, ce sont les postes « pharmacie » et « hospitalisations MCO » qui expliquent un niveau de RAC plus élevé par rapport aux personnes sans recours à l'aide humaine tandis que dans la classe de recours à l'aide humaine la plus élevée, ce sont les RAC liés aux hospitalisations en soins de suite et de réadaptation qui expliquent le plus le différentiel, par rapport aux personnes qui ne recourent pas à l'aide humaine. Jusqu'à une période récente, le fait d'avoir un reste à charge plutôt composé de dépenses de pharmacie ou au contraire de dépenses d'hospitalisation en SSR était loin d'être neutre pour l'assuré bénéficiant d'une couverture complémentaire, car autant le poste de pharmacie a toujours été bien pris en charge par la plupart des contrats de couverture complémentaire, autant les dépenses liées aux hospitalisations en SSR pouvaient être prises en charge de façon conditionnelle. Une étude de la DREES sur les contrats complémentaires les plus souscrits (Garnero et Le Palud, 2013) montre qu'en 2010 le montant du forfait journalier en MCO était presque toujours totalement remboursé pour les bénéficiaires des contrats modaux mais qu'une différenciation pouvait s'opérer en fonction de la durée de prise en charge : elle était illimitée pour 95% des bénéficiaires des

contrats modaux en médecine, mais pour les soins de suite et de réadaptation, seuls 86% des contrats les plus souscrits prévoyaient une prise en charge illimitée du forfait journalier en SSR (Garnero et Le Palud, 2013). Depuis 2014, les contrats responsables de couverture complémentaire doivent se conformer à un socle commun qui prévoit notamment la prise en charge illimitée du forfait journalier pour les hospitalisations en MCO, en SSR et en psychiatrie. Depuis cette période donc, le fait d'avoir un reste à charge plutôt composé de dépenses de médicaments ou plutôt composé de dépenses d'hospitalisation en SSR par exemple a peu de conséquence sur l'assuré couvert par un contrat complémentaire, à condition toutefois que l'assuré soit couvert par un contrat complémentaire, ce qui n'est pas le cas de tous les individus.

L'effet de l'âge est différent sur les RAC selon le degré de recours à l'aide humaine. Pour les personnes qui n'ont pas recours à l'aide humaine pour réaliser les activités de la vie quotidienne, l'effet de l'âge qui se traduit par une augmentation du RAC de 350€ en moyenne porte principalement sur les RAC liés à la pharmacie, aux dispositifs médicaux et aux RAC liés aux hospitalisations MCO. Les personnes qui ont recours à l'aide humaine se différencient de ce schéma : leur RAC lié à la pharmacie n'est pas impacté par l'effet de l'âge, leur RAC lié à l'acquisition de dispositifs médicaux augmente beaucoup moins car leur état de santé dégradé les a contraints à acquérir ces dispositifs bien avant l'âge de 60 ans. Toutefois, ils doivent endosser des RAC de plus en plus importants sur les actes de soins infirmiers, croissants en fonction du recours à l'aide humaine, et également des RAC plus élevés sur les hospitalisations MCO et SSR, pour ce qui concerne les individus qui se retrouvent dans la classe 4 de recours à l'aide humaine. Depuis 2014, le nouveau cadre des contrats responsables prévoit une prise en charge illimitée du forfait journalier en MCO, SSR et psychiatrie. Les individus devant faire face à ces types d'hospitalisation sont donc moins susceptibles d'être pénalisés par d'importants restes à charge que par le passé –quand des contraintes étaient posées sur la durée des hospitalisations-, à condition toutefois qu'ils aient fait l'acquisition d'une couverture complémentaire à titre individuel. Il en va de même pour les actes infirmiers désormais aussi inclus dans le socle commun des contrats responsables. L'augmentation des dépenses et des RAC liés aux actes infirmiers après 60 ans pour les individus ayant un recours à l'aide humaine important –nécessitant de l'aide humaine pour se laver- interroge sur les différences de prise en charge de cette aide humaine, avant et après 60 ans. En effet, plusieurs dispositifs existent, financés par différents acteurs pour prendre en charge l'aide humaine pour réaliser la toilette, impliquant des restes à charge possiblement différents (les SAAD, les SSIAD, les infirmiers libéraux,...).

Notre étude fait apparaître quelques limites qu'il convient de souligner. Les données de l'enquête HSM appariées aux données du Sniiram n'offrent qu'une visibilité très partielle sur les RAC car seule la partie remboursée par les régimes de base de l'assurance maladie est observable. On n'observe pas les remboursements effectués par les organismes de couverture complémentaire, et on dispose donc d'une vision approximative du réel reste à charge supporté par l'individu. La connaissance du reste à charge est encore plus parcellaire pour les personnes handicapées qui perçoivent la PCH, car à la méconnaissance de la part prise en charge par l'assurance complémentaire de l'assuré s'ajoute celle de la part supportée par la PCH, qui peut intervenir pour compléter le remboursement de la sécurité sociale mais pas de façon systématique, ainsi que la part prise en charge par les fonds de compensation départementaux, qui n'est pas davantage connue. Pour les bénéficiaires de la PCH, l'enquête Phèdre permettra de faire progresser la connaissance des RAC de cette population lorsque les données seront disponibles. Par ailleurs, l'appariement avec les données du Sniiram ne porte que

sur une seule année de consommation de soins, ce qui est problématique pour détecter les acquisitions de dispositifs médicaux (fauteuils roulants) dont le rythme de renouvellement ne correspond certainement pas à l'année. Une profondeur d'historique des consommations sur cinq années aurait permis de suivre avec beaucoup plus de précision les acquisitions de ces dispositifs.

Conclusion

Cette étude constitue une première étape qui permet de donner un aperçu des dépenses et des restes à charge des personnes handicapées avant et après 60 ans, basé sur les données de l'Assurance maladie obligatoire, qui ne rendent visible que le premier étage de la prise en charge des restes à charge des personnes handicapées, alors que demeurent inconnus les autres financements qui peuvent diminuer les restes à charge.

Cette étude sera complétée lorsque les données recueillies dans le cadre de l'enquête Phèdre seront disponibles. Cette enquête permettra de connaître, à partir des données du Sniiram, les dépenses de santé des bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap (PCH) et de déterminer le reste à charge réel des éléments liés au handicap. En effet, il sera possible de prendre en compte à la fois les financements de l'assurance maladie, de la PCH, du fonds de compensation, des complémentaires santé. On pourra également étudier le non recours en estimant le nombre d'éléments PCH qui ne sont pas mis en place malgré l'accord de la MDPH.

Si cette étude a permis d'objectiver le niveau et la structure des restes à charge des personnes en situation de handicap à la fois en fonction du type de handicap, de l'âge de l'individu (avant ou après 60 ans), un autre enjeu est de dépasser le constat en essayant de réfléchir aux politiques publiques qui seraient susceptibles d'améliorer l'accès aux soins de ces populations. Pour réduire les restes à charge élevés auxquels sont confrontées ces populations handicapées, et dans le contexte français caractérisé par une couverture maladie à deux étages associant l'Assurance Maladie obligatoire à la couverture complémentaire, la réflexion doit porter prioritairement sur le bien-fondé des co-paiements laissés à la charge des individus ou de leur couverture par le système public.

*

* *

Bibliographie

Aballea, P. et Marie, E. (2012). L'évaluation de l'état d'invalidité en France : réaffirmer les concepts, homogénéiser les pratiques et refondre le pilotage du risque IGAS. **RM2012-059P**.

Abrossimov, C. et Chereque, F. (2014). Les liens entre handicap et pauvreté : les difficultés dans l'accès aux droits et aux ressources. Rapport IGAS ; 2014-048. Paris Inspection générale des affaires sociales, Paris La documentation française: 253.

Abrossimov, C. et Cherèque, F. (2014). Les liens entre handicap et pauvreté : les difficultés dans l'accès aux droits et aux ressources IGAS

Archimbaud, A. (2013). Avis présenté au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de finances pour 2014, Sénat. **159**.

Aubert, P., et al. (2016). "Invalidité et minima sociaux : quels effets du passage de la retraite de 60 à 62 ans ? ." Dossiers de la Drees **6**.

Baert, J. (2014). Wage Subsidies and Hiring Chances for the Disabled : Some Causal Evidence. IZA Discussion Paper ; 8318. Bonn IZA: 31 , tabl., fig.

Bérardier, M. (2014). "Les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile et leurs ressources en 2011." Etudes Et Resultats **876**.

Blanc, P. (2006). Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge

Bonnet, M. (2004). Pour une prise en charge collective quel que soit leur âge des personnes en situation de handicap, Conseil Economique et Social

Borderies, F. et Trespeux, F. (2015). Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2013. Document de travail, Séries Statistiques, DREES.

Chaput, H., et al. (2015). "Salaires dans le secteur privé et les entreprises publiques. En 2013, le salaire net moyen baisse de 0,3% en euros constants " Insee Première **1565**.

CNSA (2014). Rapport PCH. Compréhension de la disparité Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CNSA (2015). Rapport APA. Compréhension de la disparité Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

Dos Santos, S. et Lo, S. (2011). "Les bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne et la prestation de compensation du handicap : deux populations bien différentes " Etudes Et Resultats **772**.

Dos Santos, S. et Makdessi, Y. (2010). "Une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées. Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008." Etudes Et Resultats **718**.

DREES (2016). Minima sociaux et prestations sociales. Ménages aux revenus modestes et redistribution Panoramas de la DREES SOCIAL DREES, DREES.

EcoSanté (2012). Irdes.

Espagnacq, M. (2012a). "Les bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne et de la prestation de compensation du handicap ayant des limitations fonctionnelles physiques. Profils, aides techniques et aménagements du logement." Etudes Et Resultats **819**.

Espagnacq, M. (2012b). "Personnes ayant des limitations fonctionnelles physiques. Panorama des aides et aménagements du logement " Dossiers Solidarité Santé **27**.

Espagnacq, M. (2013). "Evolution des prestations compensatrices du handicap de 2006 à 2012." Etudes Et Resultats **829**.

Espagnacq, M. (2015). "Populations à risque de handicap et restrictions de participation sociale : une analyse à partir de l'enquête Handicap-Santé auprès des ménages (HSM, 2008)." Dossier Solidarite Sante (Drees)(68): 18.

Fouquet, A., et al. (2009). La gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie. Synthèse des contrôles de la mise en oeuvre de l'APA réalisés dans plusieurs départements IGAS.

Gabbe, B. J., et al. (2014). "Financial and employment impacts of serious injury: a qualitative study." Injury **45(9)**: 1445-1451.

Garnero, M. et Le Palud, V. (2013). "Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2010." Etudes Et Resultats **837**(Avril 2013).

Garnero, M. et Rattier, M.-O. (2011). "Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2008." Etudes Et Resultats **752**(Février 2011).

Gettens, J., et al. (2016). "Expenditures and use of wraparound health insurance for employed people with disabilities." Disabil Health J **9(2)**: 248-255.

Ghandour, R. M., et al. (2014). "Financial and nonfinancial burden among families of CSHCN: changes between 2001 and 2009-2010." Acad Pediatr **14(1)**: 92-100.

Gohet, P. (2013). L'avancée en âge des personnes handicapées. Contribution à la réflexion IGAS.

Hayes, S. L., et al. (2016). "High-Need, High-Cost Patients: Who Are They and How Do They Use Health Care? A Population-Based Comparison of Demographics, Health Care Use, and Expenditures." Issue Brief (Commonw Fund) **26**: 1-14.

HCAAM (2011). Assurance maladie et perte d'autonomie. Contribution du HCAAM sur la dépendance des personnes âgées. Rapport adopté à l'unanimité lors de la séance du 23 juin 2011, Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

Imbert, G. (2013). "Libres propos. Autonomie et barrière d'âge : vers un droit universel ? Entretien avec François Jeger socio-économiste, directeur de l'unité de recherche sur le vieillissement, Cnav." Gérontologie et société **145**(2013/2): 191-199.

Jusot, F. et Pierre, A. (2015). "Quels impacts attendre de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise sur la non-couverture en France? Une simulation à partir de l'Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) 2012." Questions d'Economie de la Santé n°**209**(Mai 2015).

Leduc, A. et Montaut, A. (2016). "Tarification des complémentaires santé : déclin des solidarités dans les contrats individuels " Etudes Et Resultats **972**(Septembre 2016).

Lengagne, P., et al. (2014). L'accès aux soins courants et préventifs des personnes handicapées en France. Résultats sur l'enquête Handicap -Santé volet "ménages" IRDES, R., IRDES. **2015-06**.

Mitra, S., et al. (2009). "Health care expenditures of living with a disability : total expenditures, out-of-pocket expenses and burden, 1996 to 2004." Archives of Physical Medicine and Rehabilitation **90**.

Mitra, S., et al. (2017). "Extra costs of living with a disability: A review and agenda for research." Disabil Health J.

PLFSS (2010). Annexe 1 : programmes de qualité et d'efficience "invalidité et dispositifs gérés par la CNSA".

Pumkam, C., et al. (2013a). "Health care expenditures among working-age adults with physical disabilities : variations by disability spans " Disabil Health J **6**: 287-296.

Pumkam, C., et al. (2013b). "Health care expenditures among working-age adults with physical disabilities: variations by disability spans." Disabil Health J **6**(4): 287-296.

Soc., D. S. (2016). Programme de Qualité et d'Efficience 2016 (PQE). Programme "Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA". Sociale, D. d. I. S.

Weber, F. (2011). Handicap et dépendance. Drames humains, enjeux politiques CEPREMAP.

Zaidi, A. et Burchardt, T. (2003). Comparing incomes when needs differ : equivalisation for the extra costs of disability in the UK Exclusion, C. f. A. o. S., London School of Economics **CASE paper 64**.

Annexe 1 Algorithmes d'identification des populations de bénéficiaires des différentes reconnaissances de handicap dans l'enquête HSM

La pension d'invalidité

Ont été considérées comme titulaires d'une pension d'invalidité les personnes qui déclaraient se trouver dans l'une des deux situations suivantes :

1
RALLOC. Percevez-vous personnellement (ou votre famille perçoit-elle pour vous) l'une des Prestations suivantes :
Revenus
 3. Pension d'invalidité, pension pour inaptitude au travail, majoration pour tierce personne. Elles sont versées par l'assurance maladie (CPAM, MSA, ou CNRACL etc...) (avec allocation supplémentaire d'invalidité)

OU

2
RINVAL. Vous a-t-on reconnu un taux d'invalidité ou d'incapacité accordé par la Sécurité sociale, l'armée ou les sociétés d'assurance ? **OUI**
 Et
RCADR. Dans quel cadre ?
RCADR1. Catégorie d'invalidité déterminée par la Sécurité Sociale

Tableau A1-1. Effectifs des bénéficiaires d'une pension d'invalidité et recours à l'aide humaine

	Pension d'invalidité (données brutes)			Pensions d'invalidité (données pondérées)		
	Recours à l'aide humaine			Recours à l'aide humaine		
	0	1	Total	0	1	Total
0	15286	5736	21022	4.069E7	4043694	4.473E7
	62,72	23,53	86,25	87.05	8.65	95.70
	72,71	27,29		90.96	9.04	
	91,87	74,17		97.41	81.31	
1	1353	1998	3351	108 0269	929 237	2 009 507
	5,55	8,20	13,75	2.31	1.99	4.30
	40,38	59,62		53.76	46.24	
	8,13	25,83		2.59	18.69	
Total	16639	7734	24373	4.177E7	4972932	4.674E7
	68,27	31,73	100,00	89.36	10.64	100.00

Note de lecture : Parmi les 24 373 personnes âgées de plus de 20 ans enquêtées dans HSM, 3351 déclarent percevoir une pension d'invalidité, soit 13,75% de la population totale. Parmi ces personnes qui déclarent percevoir une pension d'invalidité, 59,62% d'entre elles déclarent recourir à de l'aide humaine pour réaliser au moins une activité ADL ou IADL, à comparer aux 27,29% de personnes qui ne perçoivent pas une pension d'invalidité et qui déclarent recourir à l'aide

humaine. Les données pondérées permettent d'extrapoler un nombre de bénéficiaires de pensions d'invalidité égal à 2 009 507. Source : Enquête HSM, calculs Irdes.

La pension militaire d'invalidité

Ont été considérées comme titulaires d'une pension d'invalidité ou d'une pension de retraite pour inaptitude les personnes qui déclaraient se trouver dans l'une des deux situations suivantes :

1
RALLOC. Percevez-vous personnellement (ou votre famille perçoit-elle pour vous) l'une des Prestations suivantes :
Revenus
 6. Pension militaire d'invalidité

OU

2
RINVAL. Vous a-t-on reconnu un taux d'invalidité ou d'incapacité accordé par la Sécurité sociale, l'armée ou les sociétés d'assurance ? OUI
 Et
 RCADR. Dans quel cadre ?
 RCADR3. Taux lié à une pension militaire d'invalidité

Tableau A1-2. Effectifs des bénéficiaires d'une pension militaire d'invalidité et recours à l'aide humaine

Pension militaire d'invalidité (données brutes)				Pension militaire d'invalidité (données pondérées)		
	Recours à l'aide humaine			Recours à l'aide humaine		
	0	1	Total	0	1	Total
0	16551	7663	24214	4.165E7	4919695	4.657E7
	67,91	31,44	99,35	89.11	10.52	99.63
	68,35	31,65		89.44	10.56	
	99,47	99,08		99.72	98.93	
1	88	71	159	118 665	53236.2	171 901
	0,36	0,29	0,65	0.25	0.11	0.37
	55,35	44,65		69.03	30.97	
	0,53	0,92		0.28	1.07	
Total	16639	7734	24373	4.177E7	4972932	4.674E7
	68,27	31,73	100,00	89.36	10.64	100.00

Note de lecture : Parmi les 24 373 personnes âgées de plus de 20 ans enquêtées dans HSM, 159 déclarent percevoir une pension militaire d'invalidité, soit 0,65% de la population totale. Parmi ces personnes qui déclarent percevoir une pension militaire d'invalidité, 44,65% d'entre elles déclarent recourir à de l'aide humaine pour réaliser au moins une activité ADL ou IADL, à comparer aux 31,65% de personnes qui ne perçoivent pas une pension militaire d'invalidité et qui déclarent recourir à l'aide humaine. Les données pondérées permettent d'extrapoler un nombre de bénéficiaires de pensions militaire d'invalidité égal à 171 901. Source : Enquête HSM, calculs Irdes.

La rente d'incapacité

Ont été considérées comme titulaires d'une rente d'incapacité les personnes qui déclaraient se trouver dans l'une des situations suivantes :

1

RALLOC. Percevez-vous personnellement (ou votre famille perçoit-elle pour vous) l'une des Prestations suivantes :

Revenus

4. Rente d'incapacité liée à un accident du travail versée par l'assurance maladie (CPAM, MSA, etc...)

OU

2

RCADR2. Taux d'incapacité lié à un accident du travail

Oui

Et

RTAUX2>10

OU

3

ECRES. Ce problème de santé ou cet accident a-t-il entraîné...

2. une mise en invalidité

Et

Si la personne a été victime d'un accident

ECACCI. Était-ce ...

1. ...un accident du travail (non compris accident de trajet) ?

OU

4

ECRES. Ce problème de santé ou cet accident a-t-il entraîné...

3. une décision d'inaptitude à l'emploi

Tableau A1-3. Effectifs des bénéficiaires d'une rente d'incapacité et recours à l'aide humaine

Rente d'incapacité (données brutes)			Rente d'incapacité (données pondérées)			
	Recours à l'aide humaine			Recours à l'aide humaine		
	0	1	Total	0	1	Total
0	16124	7404	23528	4.113E7	4786525	4.592E7
	66,16	30,38	96,53	87.99	10.24	98.23
	68,53	31,47		89.58	10.42	
	96,90	95,73		98.46	96.25	
1	515	330	845	641921	186407	828 328
	2,11	1,35	3,47	1.37	0.40	1.77
	60,95	39,05		77.50	22.50	
	3,10	4,27		1.54	3.75	
Total	16639	7734	24373	4.177E7	4972932	4.674E7
	68,27	31,73	100,00	89.36	10.64	100.00

Note de lecture : Parmi les 24 373 personnes âgées de plus de 20 ans enquêtées dans HSM, 845 déclarent percevoir une rente d'incapacité, soit 3,47% % de la population totale. Parmi ces personnes qui déclarent percevoir une rente d'incapacité, 39% d'entre elles déclarent recourir à de l'aide humaine pour réaliser au moins une activité ADL ou IADL, à comparer aux 30% de personnes qui ne perçoivent pas une rente d'incapacité et qui déclarent recourir à l'aide humaine. Les données pondérées permettent d'extrapoler un nombre de bénéficiaires de rentes d'incapacité égal à 828 328. Source : Enquête HSM, calculs Irdes.

L'AAH

Ont été considérées comme titulaires d'une Allocation Adulte Handicapés (AAH) les personnes qui déclaraient se trouver dans l'une des situations suivantes :

1

RALLOC. Percevez-vous personnellement (ou votre famille perçoit-elle pour vous) l'une des Prestations suivantes :

Revenus

2. Allocation d'adultes handicapés (AAH) versée par la CAF ou la MSA (avec son complément éventuel : majoration pour vie autonome ou garantie de ressources aux personnes handicapées)

OU

2

RAMAL. De quel régime de sécurité sociale (assurance-maladie) bénéficiez-vous ?

8. Adultes handicapés bénéficiant de l'allocation adulte handicapé (AAH)

Tableau A1-4. Effectifs des bénéficiaires d'une Allocation d'Adulte Handicapé (AAH) et recours à l'aide humaine

AAH (données brutes)			AAH (données pondérées)			
	Recours à l'aide humaine		Total	Recours à l'aide humaine		Total
	0	1		0	1	
NON	16193	6623	22816	4.15E7	4499396	4.6E7
	66,44	27,17	93,61	88.78	9.63	98.40
	70,97	29,03		90.22	9.78	
	97,32	85,63		99.35	90.48	
AAH	446	1111	1557	272310	473536	745 845
	1,83	4,56	6,39	0.58	1.01	1.60
	28,64	71,36		36.51	63.49	
	2,68	14,37		0.65	9.52	
Total	16639	7734	24373	4.177E7	4972932	4.674E7
	68,27	31,73	100,00	89.36	10.64	100.00

Note de lecture : Parmi les 24 373 personnes âgées de plus de 20 ans enquêtées dans HSM, 1 557 déclarent percevoir l'AAH, soit 6% de la population totale. Parmi ces personnes qui déclarent percevoir l'AAH, 71% d'entre elles déclarent recourir à de l'aide humaine pour réaliser au moins une activité ADL ou IADL, à comparer aux 29% de personnes qui ne perçoivent pas l'AAH et qui déclarent recourir à l'aide humaine. Les données pondérées permettent d'extrapoler un nombre de bénéficiaires de l'AAH égal à 745 845. Source : Enquête HSM, calculs Irdes.

L'ACTP ou la PCH

Ont été considérées comme bénéficiaires de l'ACTP ou de la PCH les personnes qui déclaraient se trouver dans une des deux situations suivantes :

1

RALLOC, Percevez-vous personnellement (ou votre famille perçoit-elle pour vous) l'une des Prestations suivantes :

Revenus

8, Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) versée par le conseil général

OU

2

RALLOC, Percevez-vous personnellement (ou votre famille perçoit-elle pour vous) l'une des Prestations suivantes :

Revenus

9, Prestation de compensation (PCH) versée par le conseil général

Tableau A1-5. Effectifs des bénéficiaires de l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) ou de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) et recours à l'aide humaine

ACTP-PCH			
	Recours à l'aide humaine		
	0	1	Total
0	16631	7505	24136
	68,24	30,79	99,03
	68,91	31,09	
	99,95	97,04	
1	8	229	237
	0,03	0,94	0,97
	3,38	96,62	
	0,05	2,96	
Total	16639	7734	24373
	68,27	31,73	100,00

Note de lecture : Parmi les 24 373 personnes âgées de plus de 20 ans enquêtées dans HSM, 237 déclarent percevoir l'ACTP ou la PCH, soit 0,97% de la population totale. Parmi ces personnes qui déclarent percevoir l'ACTP ou la PCH, 96,6% d'entre elles déclarent recourir à de l'aide humaine pour réaliser au moins une activité ADL ou IADL, à comparer aux 31% de personnes qui ne perçoivent ni l'ACTP ni la PCH et qui déclarent recourir à l'aide humaine. Source : Enquête HSM, calculs Irdes.

L'Allocation personnalisée d'autonomie

Ont été considérées comme bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie les personnes qui déclaraient se trouver dans une des deux situations suivantes :

1

RALLOC, Percevez-vous personnellement (ou votre famille perçoit-elle pour vous) l'une des Prestations suivantes :

Revenus

7, Allocation personnalisée autonomie (APA) versée par le conseil général

OU

2

RAPADEC, Quelle décision a-t-elle été rendue lors de votre dernière demande d'APA ?

3, Attribution de l'allocation pour financer de l'aide professionnelle à domicile

4, Attribution de l'allocation pour rémunérer un aidant familial

5, Attribution de l'allocation pour financer des aides techniques ou travaux d'aménagement du logement

Tableau A1-6. Effectifs des bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) et recours à l'aide humaine

APA			
	Recours à l'aide humaine		
	0	1	Total
0	16626	6669	23295
	68,21	27,36	95,58
	71,37	28,63	
	99,92	86,23	
1	13	1065	1078
	0,05	4,37	4,42
	1,21	98,79	
	0,08	13,77	
Total	16639	7734	24373
	68,27	31,73	100,00

Note de lecture : Parmi les 24 373 personnes âgées de plus de 20 ans enquêtées dans HSM, 1 078 déclarent percevoir l'APA, soit 4,42% de la population totale. Parmi ces personnes qui déclarent percevoir l'APA, 98,8% d'entre elles déclarent recourir à de l'aide humaine pour réaliser au moins une activité ADL ou IADL, à comparer aux 28,6% de personnes qui ne perçoivent pas l'APA et qui déclarent recourir à l'aide humaine. Source : Enquête HSM, calculs Irdes.

Annexe 2. Description des prestations de compensation de handicap en France

Les allocations compensant une incapacité à réaliser une activité professionnelle

La première catégorie regroupe des personnes qui sont en âge d'être en activité professionnelle auxquelles sont octroyées des reconnaissances administratives de handicap associées à des versements financiers ou non. Deux motifs de reconnaissance administrative ne sont pas associés à des prestations financières : la reconnaissance de qualité de travailleur handicapé (RQTH), accordée par la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ainsi que la carte d'invalidité (pour les personnes reconnues handicapées à plus de 80% ou avec une pension d'invalidité de catégorie 3, sans critère d'âge). Même s'ils ne se traduisent pas par des versements financiers, ces deux motifs de reconnaissance ouvrent des droits spécifiques (aide au maintien dans/accès à l'emploi, priorité dans les transports, réduction d'impôts, ...).

Pour les motifs de reconnaissance administrative adossés à des versements financiers, la logique de ces allocations est de compenser une incapacité à travailler en versant des revenus de substitution aux adultes handicapés (Weber, 2011). Si la personne est en activité professionnelle (ou a cotisé suffisamment), c'est la sécurité sociale qui reconnaît le statut de « personne handicapée » au travers du versement d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail, variant selon son degré de perte de capacité par rapport à l'activité professionnelle. L'Allocation Adulte Handicapé (AAH) est en revanche un minimum social et est versée par la caisse d'allocations familiales octroyée par la MDPH.

La pension d'invalidité et l'ASI (allocation supplémentaire d'invalidité)

La pension d'invalidité a pour vocation de couvrir le risque de ne plus pouvoir travailler dans des conditions normales (ou ne plus pouvoir travailler du tout) à la suite d'une maladie ou d'un accident d'origine non professionnelle. Fin 2014, on dénombre 1 006 269 bénéficiaires d'une pension d'invalidité, âgés de moins de 60 ans (Soc., 2016). L'âge moyen des bénéficiaires s'établit entre 51 ans et 55 ans en fonction des régimes. Pour bénéficier du dispositif, la personne doit avoir eu une maladie ou un accident d'origine non professionnelle qui a provoqué une réduction de la capacité de travail d'au moins deux tiers¹¹, « *mettant la personne hors d'état de se procurer, dans une profession quelconque, un salaire supérieur à un tiers de la rémunération normale perçue dans la même région par des travailleurs de la même catégorie, dans la profession qu'il exerçait avant la date d'interruption de travail suivie d'invalidité ou la date de la constatation médicale de l'invalidité si celle-ci résulte de l'usure prématurée de l'organisme* ». La personne doit avoir exercé une activité professionnelle dans l'année précédant sa demande¹² et ne doit pas avoir atteint l'âge légal de départ à la retraite (entre 60 et 62 ans). La demande se fait auprès de l'assurance maladie (ou MSA, RSI...). Il existe trois catégories de pension, la catégorie est déterminée par le médecin conseil :

¹¹ Selon l'article L.341-1 du code de la Sécurité sociale.

¹² au cours des 12 mois qui précèdent l'arrêt de travail pour invalidité ou constatation médicale de l'invalidité, soit avoir effectué au moins 800 heures de travail salarié dont 200 heures au moins au cours des 3 premiers mois, soit avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2 030 fois le SMIC horaire dont 1 015 fois au moins au cours des 6 premiers mois. Cela implique d'avoir cotisé mensuellement pour au moins 1600 euros et d'avoir travaillé au moins 15 heures par semaine.

Catégorie 1 : Si la personne est encore capable d'exercer une activité professionnelle rémunérée, le montant mensuel de la pension est de 30% du revenu antérieur, estimé sur la base des dix meilleures années reportées au compte. Il est compris entre 281,93€ et 980,70€ (au 1^{er} janvier 2017). Fin 2014, on estime que 26% des bénéficiaires ont une pension de catégorie 1 (Aubert et al., 2016).

Catégorie 2 : si l'invalidé est « *absolument incapable d'exercer une profession quelconque* » (article L.341-4 du code de la sécurité sociale), le montant mensuel de la pension est de 50% du revenu antérieur, estimé sur la base des dix meilleures années reportées au compte. Il est compris entre 281,93€ et 1 634,50 € (données au 1^{er} janvier 2017). Les bénéficiaires de cette catégorie 2 représentent 72% de l'ensemble des bénéficiaires d'une pension d'invalidité (Aubert et al., 2016).

Catégorie 3 : Si la personne ne peut plus exercer d'activité professionnelle (catégorie 2) et qu'elle a en outre besoin de l'aide d'une personne pour l'assister dans les gestes essentiels de la vie courante (se laver, s'habiller, se nourrir,...), la personne peut bénéficier, en sus de la pension de catégorie 2, d'une majoration tierce personne (MTP) de 1 104,91 € par mois, soit entre 1 386€ et 2 739€ (données au 1^{er} janvier 2017). Les bénéficiaires d'une pension de catégorie 3 représentent une très faible fraction des bénéficiaires d'une pension d'invalidité (pas plus de 2% à la fin de l'année 2014) (Aubert et al., 2016).

En 2014, le montant moyen des pensions d'invalidité est très variable selon les régimes : 730€ en moyenne pour le Régime général, contre 1 180€ à la RATP ou 1 460€ en moyenne à la SNCF, et même 1 890€ à la Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG) (Aubert et al., 2016). Par ailleurs, au sein d'un même régime –par exemple le Régime général-, il existe aussi une variabilité du montant moyen de la pension en fonction de la catégorie de pension d'invalidité : 500€ pour les pensions de catégorie 1, 780€ pour les pensions de catégorie 2 et 1 770€ pour les pensions de catégorie 3 (Aubert et al., 2016).

En outre, la pension d'invalidité confère à son bénéficiaire une exonération du ticket modérateur (Aballea et Marie, 2012) que la personne invalide soit ou non en ALD (l'exonération du ticket modérateur induite par la pension d'invalidité est plus large que celle relative à l'ALD qui ne couvre que les soins en rapport avec la pathologie exonérante).

L'allocation supplémentaire d'invalidité (Asi) est une prestation versée sous certaines conditions aux personnes invalides titulaires d'une pension d'invalidité qui n'ont pas atteint l'âge légal de départ à la retraite pour bénéficier de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa). Au 31 décembre 2014, on dénombrait 79 500 bénéficiaires de l'ASI (DREES, 2016). Au 1^{er} avril 2016, le plafond des ressources mensuelles pour bénéficier de l'ASI s'établit à 702€ pour une personne seule et à 1 230€ par couple (DREES, 2016). Une personne seule ou vivant en couple avec un conjoint qui ne reçoit pas l'ASI perçoit un forfait de 404€ par mois, à condition que le revenu mensuel du foyer ne dépasse pas 298€ par mois pour une personne seule et 826€ pour un couple (DREES, 2016).

La rente d'incapacité du travail

A l'issue d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, si la personne conserve des séquelles et souffre d'une diminution durable de ses capacités physiques ou mentales, la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) détermine un taux d'incapacité partielle permanente (IPP). En

fonction de ce taux, le salarié bénéficie d'une indemnisation sous forme d'indemnité en capital ou de rente viagère.

Pour une IPP inférieure à 10%, la personne touche une indemnité en capital en un seul versement (compris entre 411€ et 4 110 €¹³). Dans ce cas de figure, le montant de la rente est calculé en fonction du taux d'IPP¹⁴ et du salaire antérieur (sur les 12 derniers mois). Le salaire pris en compte pour déterminer cette rente ne peut pas être inférieure à 18 281,8€ et supérieure à 146 254,4 € par an (en 2016).

Pour un taux d'incapacité permanente supérieure ou égale à 10%, la personne perçoit une rente d'incapacité permanente. La rente est calculée sur la base du salaire des 12 derniers mois précédant l'arrêt de travail. Elle est égale au salaire annuel multiplié par le taux d'incapacité préalablement réduit de la moitié pour la partie du taux ne dépassant pas 50% et augmenté de moitié pour la partie supérieure à 50%. Ainsi, pour un salaire annuel de 18 000€ et un taux d'incapacité de 30%, le montant de la rente est égal à 2 700€ (18 000*15%). Pour un même salaire mais assorti d'un taux d'incapacité de 75%, le montant de la rente s'établit à 11 250€ ((50/2) + (25*1,5))*18 000. Lorsque le taux d'incapacité permanente est égal ou supérieur à 66,6%, le bénéficiaire de la rente d'incapacité, ainsi que ses ayants droit éventuels bénéficient d'une exonération du ticket modérateur pour tous les soins et traitement, hormis pour les médicaments remboursés à 30% et les médicaments remboursés à 15%. Lorsque le taux d'IPP est égal ou supérieur à 80 % et oblige la victime à avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie, le montant de la rente est majoré de 40 % (ce qui correspond au versement d'une majoration pour tierce personne). Cette majoration ne peut pas être inférieure à 1 104 € par mois (données au 1^{er} janvier 2017).

Les taux d'incapacité déterminés par la CPAM sont fixés en conformité avec l'article L.434-2 du Code de la Sécurité Sociale. Ils dépendent de plusieurs éléments :

- de la nature de l'infirmité, cet élément doit être considéré comme la donnée de base. Cette première donnée représente l'atteinte physique ou mentale de la victime.
- de l'état général de l'individu. Il s'agit là d'une notion classique qui fait entrer en jeu un certain nombre de facteurs permettant d'estimer l'état de santé du sujet. L'estimation de l'état général n'inclut pas les infirmités antérieures.
- de son âge. Il doit être pris en considération sans se référer exclusivement à l'indication tirée de l'état civil, mais en fonction de l'âge organique de l'intéressé. On peut ainsi être amené à majorer le taux théorique affecté à l'infirmité, en raison des obstacles que les conséquences de l'âge apportent à la réadaptation et au reclassement professionnel
- des facultés physiques et mentales de la victime. Il devra être tenu compte des possibilités de l'individu et de l'incidence que peuvent avoir sur elles les séquelles constatées.

¹³ Données du 1^{er} janvier 2016.

¹⁴ Le montant de la rente est calculé à partir du salaire des 12 mois précédant l'arrêt de travail. Il est égal au salaire annuel multiplié par le taux d'incapacité préalablement réduit de moitié pour la partie de taux ne dépassant pas 50% et augmenté de moitié pour la partie supérieure à 50%. Pas de durée minimum de cotisation ou d'ancienneté pour en bénéficier.

- de ses aptitudes et de sa qualification professionnelle. La notion de qualification professionnelle se rapporte aux possibilités d'exercice d'une profession déterminée. Quant aux aptitudes, il s'agit là des facultés que peut avoir une victime d'accident du travail ou de maladie professionnelle de se reclasser ou de réapprendre un métier compatible avec son état de santé.

Fin 2014, on dénombrait 1 294 000 bénéficiaires d'une rente d'indemnisation d'incapacité permanente (rente AT-MP) (Soc., 2016).

L'Allocation Adulte Handicapé (AAH) et ses compléments

L'AAH est une aide financière, versée par la Caisse d'Allocations Familiales (CAF), qui a pour objectif d'assurer un revenu minimum aux personnes en situation de handicap qui ont plus de 20 ans. Fin 2014, 1,04 million de personnes bénéficiaient de ce dispositif (Soc., 2016). Pour être éligible, il faut que la personne ait un taux d'incapacité permanente reconnu d'au moins 80% (ou entre 50% et 79% et qu'elle ait une restriction substantielle et durable d'accès à un emploi du fait de son handicap). En 2014, 40% des bénéficiaires de l'AAH ont un taux de reconnaissance du handicap compris entre 50% et 79%, tandis que 60% des bénéficiaires se voient attribuer un taux de 80% ou plus (DREES, 2016).

Ce taux d'incapacité est attribué en fonction d'un guide-barème par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), localisée au sein de chaque maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Le barème permet de fixer le taux d'incapacité d'une personne à partir de l'analyse de ses déficiences et de leurs conséquences dans sa vie quotidienne et non sur la seule nature médicale de l'affection qui en est l'origine. Ainsi, les taux d'incapacité déterminés par la MDPH et par la CPAM ne sont pas du tout de même nature.

La détermination du taux d'incapacité s'appuie sur une analyse des interactions entre 3 dimensions : la déficience, l'incapacité, le désavantage. Un taux à 50 % correspond à des troubles importants entraînant une gêne notable entravant effectivement la vie sociale de la personne. Un taux d'au moins 80 % correspond à des troubles graves entraînant une entrave majeure dans la vie quotidienne de la personne avec une atteinte de son autonomie individuelle. C'est également le cas lorsqu'il y a déficience sévère avec abolition d'une fonction.

Comme l'AAH est un minimum social, il est conditionné aux ressources perçues par le bénéficiaire. Les ressources prises en compte pour l'attribution de l'AAH couvrent l'ensemble des revenus nets catégoriels du demandeur et de son conjoint, concubin ou pacsé, retenus pour l'établissement de l'impôt sur le revenu. Ces ressources ne doivent pas dépasser un plafond annuel fixé à : 9 701 € pour une personne seule, 19 403 € pour une personne vivant en couple. Ce plafond est majoré de 4 850 € par enfant à charge (en 2017).

Le montant maximum de l'AAH s'élève à 808€ quel que soit le taux (2017) (données au 1^{er} janvier 2017). Lorsque la personne handicapée perçoit une pension (invalidité, rente d'accident du travail, retraite), elle bénéficie d'une allocation mensuelle réduite, dont le montant correspond à la différence entre la moyenne mensuelle de ses autres ressources et les 808 € de l'AAH, donc le montant maximum de ressource est de 808 euros. En revanche, lorsque la personne handicapée perçoit un revenu d'activité, l'AAH est réduite en fonction d'une partie de ces revenus mais le montant total des ressources peut être supérieur à 808 euros.

Contrairement aux pensions d'invalidité et aux rentes d'incapacité qui sont assorties d'une exonération du ticket modérateur pour leurs bénéficiaires, l'AAH ne permet pas une prise en charge à 100% des dépenses de santé par l'Assurance maladie obligatoire (Lengagne et al., 2014).

Pour les allocataires de l'AAH ayant une reconnaissance d'au moins 80% (les deux tiers des bénéficiaires), deux compléments existent :

-Le complément de ressources (en 2014, il concerne 6% des bénéficiaires de l'AAH (DREES, 2016)) a pour objectif de compenser l'absence durable de revenus d'activité des personnes handicapées dans l'incapacité de travailler. Il faut donc remplir les conditions suivantes : avoir une capacité de travail, appréciée par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), inférieure à 5 % du fait du handicap, ne pas avoir perçu de revenu à caractère professionnel depuis un an à la date du dépôt de la demande de complément, avoir un logement indépendant, son montant est de 179 euros (DREES, 2016). Ce complément n'est plus versé après 60 ans.

-La majoration pour la vie autonome (en 2014, elle concerne 14% des bénéficiaires de l'AAH (DREES, 2016)) a pour objectif d'aider les personnes en situation de handicap vivant dans un logement indépendant de faire face aux dépenses que cela implique. Il faut donc remplir également les conditions suivantes : disposer d'un logement pour lequel la personne bénéficie d'une aide au logement, résider en France, ne pas percevoir de revenu d'activité à caractère professionnel. Son montant est de 104,77 euros (DREES, 2016). Ce complément continue d'être attribué après 60 ans si la personne répond à l'ensemble des critères. Ces deux compléments ne sont pas cumulables. Ces compléments sont directement attribués, si la personne peut en bénéficier, au moment de l'instruction du dossier AAH (il n'y a pas de risque de non recours).

Plus de 75% des bénéficiaires sont des personnes isolées, en grande majorité sans enfant (DREES, 2016). Plus des deux tiers des bénéficiaires sont âgés de 40 ans ou plus. Les plus de 60 ans représentent 11% des bénéficiaires.

Les personnes peuvent également cumuler pension d'invalidité et rente d'accident du travail en cas d'accident qui n'est pas susceptible d'être indemnisé par la caisse qui verse la rente et qui entraîne une incapacité totale au moins égale à 2/3. Le montant cumulé de la pension d'invalidité et de la rente ne doit pas dépasser le salaire perçu par un travailleur valide de même catégorie socio-professionnelle.

La pension d'invalidité (uniquement catégorie 1) et la rente d'accident du travail peuvent se cumuler à des revenus d'activité professionnelle : pendant les 6 premiers mois d'une reprise d'activité professionnelle salariée ou non salariée, il est possible de cumuler intégralement les revenus tirés de cette activité professionnelle et la pension d'invalidité. Au-delà, il ne faut pas percevoir en invalidité plus qu'en activité : si la somme des revenus tirés de l'activité professionnelle reprise et de la pension d'invalidité dépasse le salaire trimestriel moyen perçu au cours de la dernière année civile précédant l'arrêt de travail suivi d'invalidité, le montant de la pension est réduit du montant du dépassement.

Quel impact du passage à la retraite pour les allocations compensant une incapacité de travailler

De très nombreux rapports présentent la « barrière d'âge de 60 ans » comme le moment d'un basculement entre un champ de prise en charge –celui du handicap prétendument plus généreux– vers celui de la dépendance, basculement qui serait lourd de conséquences pour les personnes

concernées qui seraient à la fois exposées à une diminution de revenus et à une perte de droits une fois passé ce seuil (Bonnet, 2004, Blanc, 2006, Weber, 2011, Gohet, 2013). Pourtant, si on l'examine plus précisément, ce « seuil de 60 ans » ne revêt aucune réalité particulière pour les personnes qui perçoivent des allocations compensant une incapacité à réaliser une activité professionnelle. Dans un premier temps, aucune des allocations analysées supra –pension d'invalidité, rente d'incapacité, AAH- ne s'interrompt à l'âge de 60 ans ; ces allocations peuvent même être demandées au-delà de l'âge de 60 ans, à condition que la demande se fasse avant l'âge légal du départ en retraite. Par ailleurs, l'âge de la retraite n'est pas non plus une barrière pour les personnes qui bénéficient d'une rente d'accident du travail, qui est une rente viagère. Cette rente d'accident du travail n'est pas prise en compte dans les revenus pour prétendre à l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) et est donc cumulable avec l'ASPA ou une pension de retraite. Par ailleurs, pour les allocataires qui se sont vu attribué un taux d'incapacité permanente égal ou supérieur à 66,6%, l'exonération du ticket modérateur pour tous les soins et traitement reste acquise au-delà de l'âge de la retraite.

L'âge de la retraite marque en revanche une bascule, avec la possibilité de bénéficier de nouvelles prestations pour les individus qui sont reconnus inaptes au travail, de même que la fin d'autres prestations (AAH avec une reconnaissance à moins de 80% de handicap et la pension d'invalidité¹⁵). S'agissant des nouvelles prestations, les personnes reconnues inaptes au travail peuvent notamment prétendre percevoir le minimum vieillesse, prestation qui ne leur est pas spécifique, mais qu'elles peuvent toucher plus précocement que les autres bénéficiaires qui doivent attendre l'âge de 65 ans. A la fin de l'année 2014, 554 200 allocataires percevaient le minimum vieillesse (DREES, 2016). Ce minimum vieillesse concerne les personnes n'ayant jamais travaillé ou les personnes pour lesquelles la pension de retraite serait inférieure à l'ASPA et qui répondent aux critères d'attribution de la prestation. Ce minimum vieillesse englobe deux prestations, l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) mise en place en 2007 qui concerne tous les nouveaux entrants et l'allocation de solidarité vieillesse (ASV) introduite en 1956 et qui continue d'être versée aux personnes qui en bénéficiaient avant la réforme (DREES, 2016). Les deux prestations visent à assurer un minimum de revenus aux personnes éligibles (DREES, 2016). La personne âgée et, le cas échéant, son conjoint ou concubin ou partenaire lié par un Pacs doivent faire valoir en priorité les droits à pension de retraite auxquels ils peuvent prétendre auprès des régimes de base et complémentaires français ou étrangers ou propres aux organisations internationales. S'agissant de l'ASPA, une personne seule doit toucher moins de 9 609 € par an et un couple moins de 14 919€ euros (données au 1^{er} janvier 2017). L'ASPA permet de garantir 801€ par mois pour une personne seule et 1 243€ pour les personnes en couple. Les bénéficiaires du minimum vieillesse sont plus souvent des femmes (56%), la plupart du temps isolées (73% des bénéficiaires) (DREES, 2016).

Les personnes qui ont eu une activité avant leur accident de travail ou leur reconnaissance d'invalidité peuvent exercer le droit d'obtenir une pension de retraite à taux plein (50%) à l'âge légal du départ en retraite sans avoir nécessairement cotisé le nombre de trimestres nécessaires. Une décote sur le nombre de trimestres réellement effectués est réalisée (salaire de base*0.5*(nombre de trimestre validés/nombre de trimestres à cotiser). Par exemple, une personne qui a un salaire de base de 1 500 euros qui a arrêté de travailler à 55 ans (il manque à cette personne 20 trimestres de

¹⁵ A noter toutefois que dans les régimes de la fonction publique et dans certains régimes spéciaux (RATP, SNCF, par exemple), les pensions d'invalidité sont versées jusqu'au décès des personnes pour un montant inchangé par rapport à ce qui prévalait avant l'âge de la retraite (Aubert et al., 2016).

cotisation) percevra 656 euros au lieu de 750 ans pour un taux plein. A titre de comparaison, une personne sans reconnaissance de handicap qui arriverait à l'âge de la retraite sans avoir tous ses trimestres de cotisation se verrait appliquer une seconde décote sur son salaire de base (-1,25% par trimestre manquant), ce qui amènerait cette personne à ne percevoir que 490 euros de retraite. Pour les personnes qui bénéficiaient d'une pension d'invalidité de catégorie 3 assortie d'une majoration tierce personne (MTP) avant l'âge de la retraite, la MTP continue d'être versée après l'âge de la retraite. La situation des bénéficiaires d'une pension d'invalidité diffère toutefois selon qu'ils ont liquidé leurs droits à la retraite avant ou après le 31 mai 1983. Pour la première catégorie d'entre eux, l'article L.341-15 du code de la sécurité sociale prévoit qu'au moment de la conversion de leur départ à la retraite, la pension de vieillesse ne pouvait être d'un montant inférieur à celui de la pension d'invalidité dont bénéficiait l'invalidé à cet âge. Suite à la mise en place de la réforme Balladur de 1993, le mode de calcul de la pension d'invalidité, basé sur le salaire moyen des dix meilleures années, est devenu plus avantageux que celui de la pension de vieillesse pour inaptitude, basé sur le salaire annuel moyen des onze à vingt-cinq meilleures années selon la naissance. En revanche, pour les pensions d'invalidité d'un montant modeste, qui peuvent être associées à une allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), le montant maximal qui peut être perçu est de 702€ pour une personne seule avant l'âge de la retraite. Cette personne est de fait éligible à l'ASPA qui lui garantit un minimum de 801€ par mois, soit une augmentation de son revenu au moment du passage à la retraite.

Certains dispositifs cessent d'être versés aux bénéficiaires à l'âge de la retraite : l'AAH avec la reconnaissance d'un taux compris entre 50 et 79% de handicap et la pension d'invalidité (cas traité supra). Les personnes qui bénéficiaient du versement de l'AAH avec une reconnaissance à moins de 80% de handicap sont toutefois éligibles à l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), qui est un minimum social, comme l'AAH. Pour les personnes seules qui ne perçoivent plus l'AAH, le passage à l'ASPA ne s'accompagne pas d'une baisse de revenu, ou alors symbolique (passage de 808€ [AAH] à 801€ [ASPA]). Pour les personnes bénéficiant de l'AAH et du complément de ressources avant l'âge de départ à la retraite (6% des bénéficiaires de l'AAH), le complément de ressources ne peut plus être perçu après l'âge de la retraite. Ces personnes peuvent toutefois basculer à la majoration pour la vie autonome (MVA), à condition qu'elles répondent aux critères d'éligibilité à cette allocation complémentaire.

A l'issue de ce panorama sur les allocations des personnes qui bénéficient d'une reconnaissance d'inaptitude professionnelle, il apparaît que les personnes qui en sont bénéficiaires perçoivent plus souvent des revenus plus faibles avant l'âge de la retraite que les personnes qui ne perçoivent pas ces allocations (Abrossimov et Cherèque, 2014, Chaput et al., 2015). Les revenus issus de ces dispositifs étaient faibles avant le passage à la retraite, ils sont maintenus à un niveau constant ou presque au moment du passage à la retraite.

Si la barrière d'âge n'est pas décisive en termes de revenus pour les personnes qui perçoivent des allocations compensant une incapacité à réaliser une activité professionnelle, elle n'est toutefois pas neutre en ce qui concerne l'accès à la couverture complémentaire, qui ne s'effectue pas dans des conditions symétriques avant et après 60 ans, selon que les personnes handicapées continuent de travailler ou non. En France, il existe deux types de contrats d'assurance complémentaire santé : les contrats individuels et les contrats collectifs. Les contrats collectifs, réservés aux actifs, proposent un niveau de couverture plus élevé que celui des contrats individuels et sont souvent moins coûteux

pour l'assuré, la prime des contrats collectifs étant partagée entre l'employé et l'employeur. Les primes des contrats collectifs dépendent de l'âge moyen du pool d'assurés, mais ne peuvent dépendre de l'âge au niveau individuel du salarié (Leduc et Montaut, 2016). Les personnes handicapées qui sont en situation de continuer à travailler ont plus de chance d'être couvertes et de bénéficier d'un contrat collectif aux garanties généralement plus protectrices (Jusot et Pierre, 2015). Si les contrats individuels ne peuvent pas prendre en compte explicitement l'état de santé de la personne, ils sont cependant autorisés à appliquer une tarification en fonction de l'âge de l'individu (Garnero et Rattier, 2011). Les personnes âgées de plus de 60 ans sont majoritairement couvertes par un contrat individuel de complémentaire santé (86% des 60 ans et plus contre 57% des 25-59 ans en 2008 (Garnero et Rattier, 2011), qui non seulement offrent des niveaux de couverture potentiellement moins favorables que les contrats collectifs mais qui s'avèrent également plus onéreux pour les souscripteurs. Par conséquent, même si le reste à charge après intervention des complémentaires était identique de part et d'autre de la barrière de 60 ans, et que ces deux populations étaient majoritairement assurées par des contrats individuels de même niveau de garantie, la somme qui resterait à la charge de l'assuré serait plus élevée après 60 ans qu'avant, étant donné le coût du contrat de couverture complémentaire individuel plus élevé. En ce qui concerne les personnes handicapées de moins de 60 ans qui ne travaillent pas, elles sont soit couvertes par le conjoint ou les parents si la situation est envisageable, soit couvertes par des contrats acquis à titre individuel.