

accepte que l'indicateur ALD approxime correctement l'état de santé « chronique »², ces résultats montrent de manière générale l'existence d'inégalités d'accès à l'emploi des personnes souffrant de maladies chroniques.

Parmi les limites de cette étude, on doit évoquer le risque « d'endogénéité » de la variable ALD, à savoir qu'une partie de la corrélation pourrait être inverse : le fait de bénéficier de mauvaises conditions d'emploi (dont « subir son temps partiel » serait un indicateur) pourrait statistiquement créer une plus forte disposition à l'inscription en ALD. Les personnes qui ne travaillent pas, peuvent d'une part, chercher à rationaliser leur choix en rapportant plus systématiquement des problèmes de santé – l'inscription en ALD a une (petite) composante subjective³ – d'autant que des enjeux d'indemnisation ou de revenus de substitution sont présents à la clé. D'autre part, elles peuvent être objectivement plus malades en conséquence de leur statut social dégradé, ceci pour certaines ALD du moins, comme par exemple l'état dépressif sévère. Toutefois nos régressions ayant systématiquement utilisé des variables socioéconomiques comme variables de contrôle de la relation santé/précarité au travail, les effets passant par les « milieux sociaux » ont déjà été pris en compte dans l'analyse : le risque d'endogénéité de la variable ALD est alors grandement diminué. Un test d'endogénéité dans un modèle probit bivarié nous a en outre permis de montrer que, d'un point de vue statistique, cet effet pouvait être écarté (Statistique de test du Chi2 de Wald égale à 0,022 ; $p > \chi^2 = 0,882$). Les personnes malades chroniques se retirent massivement et nettement du marché du travail. Ce résultat n'est pas étonnant en soi, il semble assez normal que des personnes « malades » choi-

sisent un retrait au moins partiel du monde du travail ; le résultat est même cohérent avec le système de protection sociale, qui met en place un dispositif explicite pour faciliter ce choix (le temps partiel thérapeutique).

Ce qui est étonnant, ce sont ces deux points :

- le phénomène dépasse le cadre des mi-temps thérapeutiques ; qui en principe assurent seuls une certaine neutralité monétaire de la décision de retrait...

Pour avoir une idée de l'ampleur du phénomène, le nombre de recours au temps partiel pour raison de santé, évalué par l'enquête décennale, est de 263 789 personnes en France en 2003. Nous avons comparé ce chiffre au nombre officiel de recours à l'indemnisation pour mi-temps thérapeutique auprès de l'assurance maladie. Sur une donnée représentative⁴, on constate que moins de 30 % de la masse des temps partiels déclarés « pour raison maladie » ont pu donner lieu à une indemnisation – soit que les personnes n'expriment pas leurs demandes d'indemnisation, soit qu'elles n'entrent pas dans les critères. D'après l'enquête, le phénomène de retrait du marché du travail pour raison maladie semble donc largement dépasser la « partie émergée de l'iceberg », à savoir le cadre des temps partiels thérapeutiques.

- le phénomène est parfois subi plutôt que choisi, ceci en s'en tenant au déclaratif explicite de l'individu sur le caractère involontaire du passage au temps partiel.

Ces deux points font peser le doute sur le caractère complet du dispositif de protection sociale (au sens d'une assurance « complète », qui répare totalement les risques encourus et leurs conséquences) ; tout en mettant en évidence un risque d'exclusion des malades chroniques du monde du travail.

Remerciements

Les auteurs remercient l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (Insee) qui a conçu l'Enquête Décennale Santé ; et particulièrement J.L. Lanoë (Inserm) qui a dirigé les travaux liés à l'enquête. Ils remercient également le Conseil régional Provence-Alpes-Côte-d'Azur pour son soutien financier permettant l'exploitation de la base.

Références

[1] Bourreau-Dubois C, Guillot O, Jankeliowitch-Laval E. Le travail à temps partiel féminin et ses déterminants. *Eco et Stat* 2002; n°349-350:41-61.

[2] Tessier P, Wolff FC. Offre de travail et santé en France. *Eco et Prév* 2005-2; n°168.

[3] Dray-Spira R, Lert F. Social health inequalities during the course of chronic HIV disease in the era of highly active antiretroviral therapy. *AIDS* 2003, 17:283-290.

[4] Dray-Spira R, Lert F, Marimoutou C, Bouhnik AD, Obadia Y. Socio-economic conditions, health status and employment among persons living with HIV/AIDS in France in 2001. *AIDS Care* 2003, 15:739-48.

[5] Le Corroller, AG, Malavolti L, Mermilliod C, 2006, « les conditions de vie des patients atteints du cancer deux ans après le diagnostic », *Études et Résultats*, numéro 486, mai.

² Nous considérons ALD comme une « proxy » de la maladie chronique. L'identité n'est pas parfaite. Il existe d'autres maladies chroniques qui ne sont pas reconnues par le système ALD ; et à l'inverse, certaines maladies reconnues comme ALD n'ont pas vraiment le caractère chronique.

³ Cette composante « subjective » – ou relative aux problèmes sociaux – est nécessairement limitée par le fait que l'inscription en ALD fait l'objet d'une double reconnaissance, médicale et administrative.

⁴ Ce rapport a été calculé à partir d'une comparaison des données régionales de l'enquête décennale santé et des données issues d'un dénombrement réalisé par l'Urcam Paca (obtenues sur interrogation directe du service statistique de l'Urcam par l'Ors Paca). En région, le rapport entre le nombre de personnes (pondérées) déclarant, dans l'enquête, travailler à temps partiel pour *des raisons de santé ou à cause d'un handicap ou d'une incapacité* et le nombre de personnes bénéficiant d'une indemnisation pour mi-temps thérapeutique en Paca est de l'ordre de 3,6 (24 679 : 6 900 = 3,6).

Handicap et inégalités sociales en France, 1999

Vincent Boissonnat (Vincent.BOISSONNAT@sante.gouv.fr)¹, Pierre Mormiche²

1 / Centre de recherche sur la santé, le social et le politique, Université Paris 13-Inserm-EHESS, Bobigny, France 2 / Institut national de la statistique et des études économiques, Paris, France

Résumé / Abstract

Objectifs – Décrire les relations entre catégories socioprofessionnelles et handicap, aux trois niveaux de la classification de Wood (déficiences, incapacités et désavantages).

Méthode – Les données utilisées ont été celles de l'enquête nationale HID menée en 1999 par l'Insee auprès des ménages. Toutes les tranches d'âge ont été prises en compte dans l'analyse, sauf celle de l'accès à l'emploi qui n'a concerné que les tranches d'âge 20-59 ans.

Résultats – Les déficiences sont d'autant plus fréquentes que les personnes qui les déclarent sont situées plus bas sur l'échelle sociale. Ces inégalités se prolongent et s'amplifient quand on passe des déficiences aux incapacités puis au désavantages. On constate un continuum entre les différentes catégories socioprofessionnelles : ces inégalités ne concernent pas qu'une frange vulnérable de la société.

Discussion – L'ampleur des inégalités constatées, croissantes selon les trois niveaux étudiés, amène à interroger l'efficacité des dispositifs de compensation.

Disabilities and social inequalities in France, 1999

Objectives – To describe the relations between socioprofessional categories and handicap, at the three Wood levels of classification (deficiencies, incapacities and disadvantages).

Methods – We used the data of the HID national survey carried out in families by the INSEE in 1999. All age groups were considered in the study, except for the group of access to employment that concerned the 20-59 year old only.

Results – Impairments are more frequent in persons with low social level. These inequalities increase when passing from deficiencies to incapacities, and to disadvantages. A continuum between the different socioprofessional categories was observed: these inequalities concern more than only a vulnerable part of the community.

Discussion – The extent of the reported inequalities, increasing with the three studied levels, brings us to address the effectiveness of compensation schemes.

Mots clés / Key words

Handicap, déficiences, incapacités, désavantage, inégalités sociales / Impairments, disadvantages, social inequalities

Introduction

La part croissante des problèmes de santé chroniques et invalidants fait de leur retentissement sur la vie quotidienne un enjeu social majeur. Ceci incite à compléter l'abord épidémiologique traditionnel en prenant en compte dans la description des états de santé, outre la mortalité et la morbidité, les conséquences fonctionnelles et sociales de cette dernière. Le concept de handicap (encadré) permet de prendre en compte différents niveaux (la déficience, l'incapacité, le désavantage) qui jalonnent le processus reliant une maladie invalidante ou un accident à un désavantage social ; ce concept – qui renvoie à des caractéristiques individuelles mais aussi à l'environnement physique et social – permet d'aborder sous un jour nouveau la question des inégalités sociales de santé, jusque-là majoritairement traitée en termes d'accès aux soins ou de différentiel de taux de mortalité ou de morbidité. Cet article aborde, à ces trois niveaux, les relations entre santé et situation sociale et objective un effet d'amplification¹ des inégalités sociales entre ces différents niveaux.

Méthodologie

Les données sont issues de l'enquête « *Handicaps-incapacités-dépendance* » de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). L'enquête s'est poursuivie sur quatre ans et les résultats présentés ici sont issus des données recueillies en 1999. Il s'agit de la première et seule enquête² française conduite en population générale et destinée à fournir des données sur le handicap. L'échantillon est représentatif de tous les âges³ et tous les lieux d'habitat ; il comprend environ 15 000 personnes vivant en institution et 17 000 personnes vivant en domicile ordinaire mais les données analysées ici ne concernent que ces dernières. Le plan d'échantillonnage a été décrit en détail par Pierre Mormiche [2]. Le repérage de la position sociale a recours à la catégorie socioprofessionnelle (CPS) de la personne de référence, selon la méthode et la nomenclature classiques de l'Insee ; l'enquête ne permet donc pas d'appréhender le rôle aujourd'hui croissant joué par la précarité et le chômage parmi les facteurs de différenciation sociale. Les données ont été traitées avec le logiciel SAS.

Résultats

Les déficiences déclarées par catégorie socioprofessionnelles

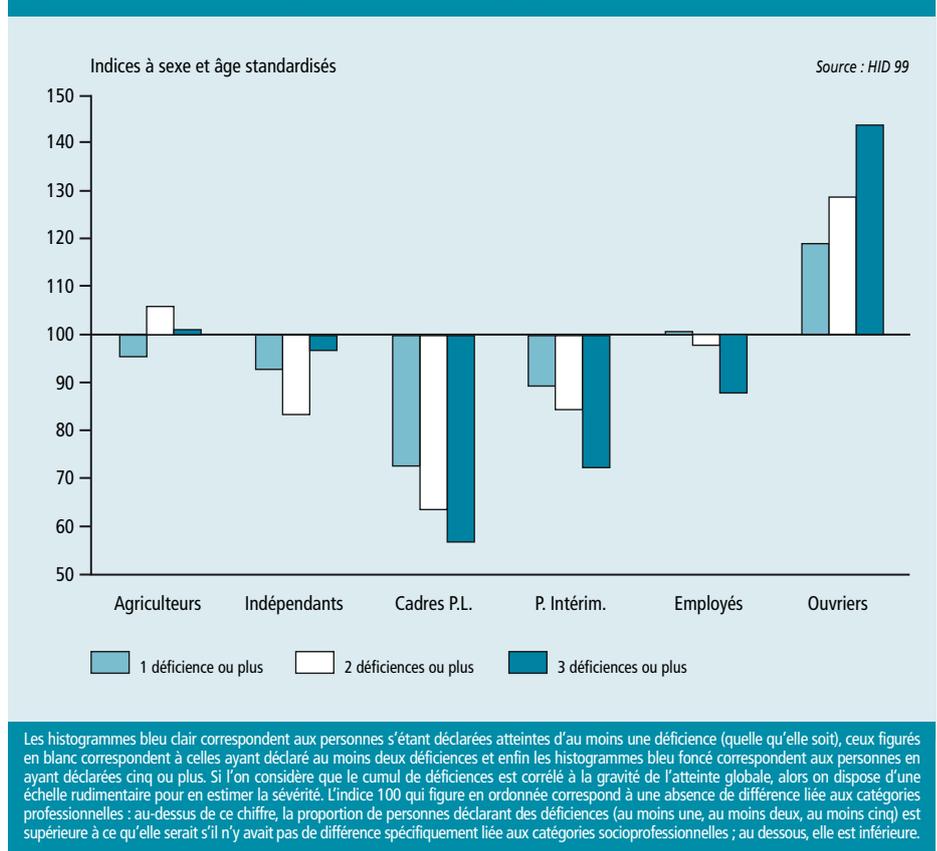
Les déficiences correspondent, par définition (encadré), à des caractéristiques individuelles proches de données de morbidité. Aussi leur distribution sociale est-elle proche de celle déjà constatée en termes de morbidité et de mortalité [3]. La figure 1 décrit par catégories socioprofessionnelles le nombre de déficiences déclarées, après standardisation sur le sexe et l'âge.

¹ On en trouvera une approche plus détaillée dans Mormiche et Boissonnat [1].

² Une nouvelle enquête nationale est en préparation et devrait être conduite en 2008.

³ Toutefois les résultats concernant l'accès à l'emploi ont été obtenus à partir des personnes en âge de travailler, soit de 20 à 59 ans.

Figure 1 Déficiences déclarées selon la catégorie socioprofessionnelle, France, 1999
Figure 1 Declared deficiencies by socioprofessional category, France, 1999



Il apparaît très clairement une opposition entre les familles de milieu ouvrier et celles dont la personne de référence est cadre ou exerce une profession libérale. Et l'inégalité sociale croît avec le nombre de déficiences déclarées : la proportion de personnes déclarant au moins une déficience est 1,65 fois plus grande chez les ouvriers que chez les cadres ; pour au moins deux déficiences, le rapport passe à 2 ; il atteint 2,55 pour cinq déficiences ou plus. En passant des cadres aux professions intermédiaires, puis aux employés, on constate un continuum dont le gradient épouse la hiérarchie sociale.

En outre, après standardisation sur l'âge, le nombre moyen de déficiences pour les hommes est 2,2 fois supérieur chez les ouvriers que chez les cadres alors que ce rapport n'est que de 1,6 pour les femmes : l'inégalité en termes de déficiences selon le milieu social est plus prononcée chez les hommes que chez les femmes.

Les incapacités selon les catégories socioprofessionnelles

Pour vérifier si les déficiences entraînent ou non les mêmes incapacités selon le milieu social, nous avons étudié la distribution des incapacités selon les catégories socioprofessionnelles et les résultats (toujours standardisés sur le sexe et l'âge) sont présentés dans la figure 2.

On retrouve un même gradient que celui déjà décrit pour les déficiences : plus le milieu social s'élève et moindre est alors la prévalence des incapacités. Cette corrélation positive n'est pas inattendue puisque, pour partie au moins, les incapacités procèdent des déficiences et qu'en outre ce résultat recoupe ceux antérieurement obtenus à partir d'autres bases de données [4,5].

Pour l'ensemble des incapacités (au moins une incapacité) ou un niveau modéré (au moins deux) l'inégalité est plus marquée que pour les déficiences

Encadré Le concept de handicap

Le concept de handicap⁴ recouvre trois niveaux :

- un niveau lésionnel, celui des *déficiences*. Une déficience se définit comme toute perte, malformation, anomalie d'un organe, d'une structure ou d'une fonction mentale, psychologique, physiologique ou anatomique (il s'agit là de caractéristiques individuelles proches de données de morbidité) ;
- un niveau fonctionnel, celui des *incapacités*. Une incapacité correspond à une réduction ou une perte (dus à une déficience) de la capacité d'accomplir une activité d'une façon jugée normale ;
- un niveau situationnel, celui des *désavantages*. Il y a désavantage social si une déficience ou une incapacité limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal, compte tenu du sexe, de l'âge et des facteurs socioculturels.

⁴ Selon la *Classification internationale des handicaps (CIH)* proposée par Wood et adoptée par l'OMS en 1976 (révisée depuis et remplacée par la *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)*.

Figure 2 Incapacités déclarées selon la catégorie socioprofessionnelle, France
Figure 2 Declared disabilities by socioprofessional category, France

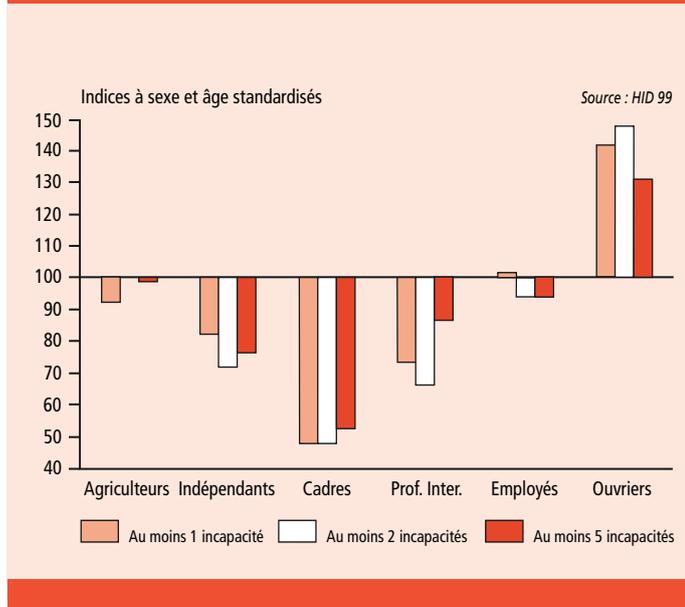
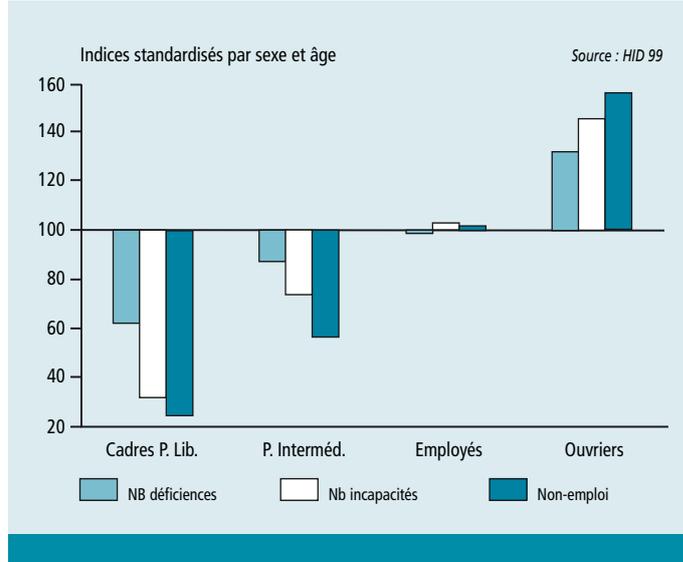


Figure 3 Déficiences, incapacités et non-emploi déclarés selon la catégorie socioprofessionnelle (personnes de 20 à 59 ans), France
Figure 3 Reported deficiencies, disabilities and unemployment, by socio-professional category (persons aged 20 to 5), France



(rapports ouvriers/cadres de l'ordre de 3). Ceci suggère qu'un milieu social plus favorable permet de mieux surmonter des déficiences faibles ou modérées (les plus nombreuses). En revanche, alors que le contraste était plus prononcé en cas de cumul de déficiences, c'est ici l'inverse : les écarts entre catégories socioprofessionnelles sont moins marqués quand les personnes présentent plus d'incapacités. Il semble ainsi qu'au delà d'un seuil de sévérité, le milieu social d'appartenance ne suffit plus à éviter la traduction des déficiences en incapacités. Néanmoins, globalement, le processus qui conduit des déficiences (premier niveau du handicap) aux incapacités (deuxième niveau) accroît donc les inégalités.

Le désavantage social selon les catégories socioprofessionnelles

Le désavantage social recouvre l'ensemble des restrictions auxquelles sont confrontées dans leur vie quotidienne les personnes présentant des déficiences ou des incapacités. Une définition aussi globale n'est pas opératoire pour l'analyse, aussi nous bornerons nous ici à étudier une seule dimension, celle de l'accès à l'emploi des 20-59 ans. Nous avons construit un indicateur de « non-emploi » permettant de dénombrer les personnes qui, pour une raison de santé, n'ont jamais travaillé ou ont perdu leur dernier emploi. La distribution du non-emploi selon les catégories socioprofessionnelles, toujours standardisée sur le sexe et l'âge, est confrontée dans la figure 3 à ceux précédemment obtenus pour les déficiences et les incapacités.

On retrouve en plus accusé, le gradient déjà observé pour la répartition des déficiences et des incapacités, les personnes de milieu ouvrier étant beaucoup plus souvent en situation de non-emploi pour raison de santé que celles de milieu cadre. Si les personnes handicapées, prises dans leur ensemble, paraissent désavantagées en termes d'accès à l'emploi par rapport à la population générale [6], ce désavantage n'est pas également réparti : il s'avère d'autant plus fort que les personnes appartiennent aux catégories socioprofessionnelles les moins élevées et cette disparité sociale d'accès à l'emploi des personnes handicapées est deux fois plus importante que celle constatée en population générale [7].

Discussion

Ce travail a permis de souligner l'ampleur des inégalités sociales aux trois niveaux constitutifs du handicap (déficiences, incapacités, désavantage) et apporte ainsi une vérification empirique de disparités sociales à ces différents niveaux. En outre, les disparités entre catégories socioprofessionnelles se creusent quand on passe des déficiences aux incapacités puis au désavantage : l'écart maximum observé selon les catégories socioprofessionnelles en termes d'accès à l'emploi de personnes handicapées est effectivement bien supérieur (rapport de un à près de six et demi) à l'écart constaté pour les incapacités (rapport de un à quatre et demi), lui-même plus prononcé que celui estimé pour les déficiences (de l'ordre du simple au double). On pouvait s'y attendre si l'on considère que plus on s'approche des rôles sociaux et plus la relation entre handicap et inégalité sociale devient forte ;

mais cela amène toutefois à s'interroger sur l'efficacité des dispositifs de compensation. Enfin, les gradients mis en évidence entre les différentes catégories socioprofessionnelles ne restituent pas une image duale de la société, mais au contraire un continuum, déjà observé à propos des inégalités de santé, qui montre que ces inégalités ne concernent pas qu'une frange vulnérable de la société. Ces résultats devraient contribuer à la fois au débat général sur la réduction des inégalités et à celui plus spécifique à la question du handicap, à l'heure où cette dernière est érigée au rang de priorité collective.

Références

- [1] Mormiche P, Boissonnat V. 2003, Handicap et inégalités sociales : premiers apports de l'enquête « handicaps, Incapacités, dépendance », Revue française des affaires sociales, 1-2:267-285.
- [2] Mormiche P. L'enquête HID de l'Insee. Objectifs et schéma organisationnel, Courrier des statistiques, 1998; 87-88:7-18.
- [3] Leclerc A, Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T. (Eds), 2000, Les inégalités sociales de santé, Inserm - La Découverte, Paris.
- [4] Colvez A, Saintot M, Scali J. 1994, Les inégalités en matière d'incapacités chroniques dans la population française vivant à domicile, in Bouchayer F. (Ed.), Trajectoires sociales et inégalités. Recherches sur les conditions de vie, Erès, Ramonville Saint-Anne : 161-175.
- [5] Ravaud J-F, Huet E, Paicheler H. 1994, Handicaps et inégalités liés aux déficiences et incapacités fonctionnelles in Bouchayer F. (Ed) Trajectoires sociales et inégalités. Op. cit. : 141-60.
- [6] Amar M, Amira S. 2003, Incapacités, reconnaissance administrative du handicap et accès à l'emploi : les apports de HID. Revue française des affaires sociales, 1-2:151-165.
- [7] Aerts AM, Bigot JF, 2002, Enquête sur l'emploi de mars 2002 : Chômage et emploi en hausse, Insee Première, 857:1-4.

La publication d'un article dans le BEH n'empêche pas sa publication ailleurs. Les articles sont publiés sous la seule responsabilité de leur(s) auteur(s) et peuvent être reproduits sans copyright avec indication de la source.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <http://www.invs.sante.fr/BEH>

Directeur de la publication : Pr Gilles Brückner, directeur général de l'InVS
Rédactrice en chef : Florence Rossollin, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr
Rédactrice en chef adjointe : Valérie Henry, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr
Comité de rédaction : Dr Thierry Ancelle, Faculté de médecine Paris V ; Dr Denise Antona, InVS ; Dr Claude Attali, médecin généraliste ; Dr Juliette Bloch, InVS ; Dr Isabelle Gremy, ORS Ile-de-France ; Dr Rachel Haus-Cheymol, Service de santé des Armées ; Dr Yuriko Iwatsubo, InVS ; Dr Christine Jestin, Inpes ; Dr Loïc Jossier, InVS ; Eric Jouglu, Inserm CépiDc ; Laurence Mandereau-Bruno, InVS ; Dr Najoua Milka-Cabanne, HAS ; Josiane Pilonel, InVS ; Sandra Sinno-Tellier, InVS ; Hélène Therre, InVS.

N°CPP : 0206 B 02015 - N°INPI : 00 300 1836 -ISSN 0245-7466
Diffusion / abonnements : Institut de veille sanitaire - BEH abonnements
 12, rue du Val d'Osne - 94415 Saint-Maurice Cedex
 Tel : 01 41 79 67 00 - Fax : 01 41 79 68 40 - Mail : abobeh@invs.sante.fr
 Tarifs 2006 : France 46,50 € TTC - Europe 52,00 € TTC
 Dom-Tom et pays RP (pays de la zone francophone de l'Afrique, hors Maghreb, et de l'Océan Indien) : 50,50 € HT
 Autres pays : 53,50 € HT (supplément tarif aérien rapide + 3,90 € HT)
 Institut de veille sanitaire - Site Internet : www.invs.sante.fr