

dossiers solidarité et santé

n° 2 • avril - juin 2006



ÉTUDES DIVERSES

sommaire

Études diverses

dossiers solidarité et santé n°2 • avril - juin 2006

INTRODUCTION 5

DOSSIER

L'espérance de vie sans incapacité continue d'augmenter
Emmanuelle CAMBOIS et Jean-Marie ROBINE 7

L'incapacité et le handicap dans l'enquête santé 2002-2003 :
diversité des approches et usages des indicateurs
Emmanuelle CAMBOIS et Jean-Marie ROBINE 23

La mobilité des personnes âgées
et handicapées hébergées en établissements
François CHAPIREAU 33

L'évolution des opinions des Français en matière de santé, de handicap,
de retraite, de pauvreté et de protection sociale entre 2000 et 2005
Pierre BOISSELOT 43

L'impact des exonérations de cotisations patronales
de Sécurité sociale sur l'emploi :
une nouvelle évaluation
Marie HENNION et Christian LOISY 65

Les disparités départementales d'organisation concernant
la mise en œuvre du RMI un an après la décentralisation
Marie AVENEL et Cécile NABOS 73

introduction ■

ÉTUDES DIVERSES

dossiers solidarité et santé n° 2 • avril - juin 2006

Les effets de l'allongement de l'espérance de vie sur l'état de santé ont fait l'objet de travaux importants. Dans cette étude, *Emmanuelle Cambois, Aurore Clavel et Jean-Marc Robine* viennent compléter les calculs d'espérance de vie sans incapacité (EVSI) des enquêtes de 1981 et de 1991, à partir des données de l'enquête sur la santé et les soins médicaux (ESSM) réalisée en 2002-2003. L'objectif est de présenter un panorama de la situation française au cours des deux dernières décennies, à la fois en termes d'évolution et de niveaux d'espérance de vie atteints sans incapacité. Pour la première fois, les auteurs ont comparé quatre indicateurs d'incapacité issus de l'ESSM de 2002-2003 avec différentes grandes enquêtes ayant permis de produire des estimations d'EVSI. Cette mise en perspective confirme que l'espérance de vie sans incapacité a continué d'augmenter dans les années 1990 en France, mais elle met aussi en évidence des évolutions contrastées selon l'indicateur d'incapacité utilisé.

Appréhender l'évolution du nombre de personnes en situation de handicap et/ou d'incapacités est une autre question essentielle de santé publique. Or les différentes enquêtes santé ne recouvrent pas toujours les mêmes populations et ne répondent pas toujours aux mêmes problématiques ; l'enquête sur la santé et les soins médicaux (ESSM) de 2002-2003 permet de repérer les personnes confrontées au handicap ou à des problèmes fonctionnels (entre 2,5 millions et 6,5 millions de personnes) à travers des indicateurs variés faisant référence à un ressenti, à une reconnaissance administrative ou à des difficultés à exercer les activités du quotidien. À travers cette étude, *Emmanuelle Cambois et Jean-Marie Robine* abordent l'incapacité sous ses différentes dimensions, en croisant les questions de l'ESSM et en les confrontant aux situations auxquelles elles correspondent.

L'étude réalisée par *François Chapiereau* à partir des données de l'enquête HID (Handicap-Incapacités-Dépendance) de l'INSEE porte sur la mobilité des personnes âgées et handicapées qui sont hébergées en établissements. Les situations sont analysées selon le périmètre de mobilité (confinement au lit, à la chambre ou à l'intérieur du bâtiment), le type d'établissement et, pour les personnes qui sortent quelquefois de l'institution, le besoin d'aides. Il apparaît que la mobilité des personnes âgées et hébergées en unités de soins de longue durée est plus réduite que celle des personnes handicapées, les premières étant davantage confinées au lit ou à la chambre.

D'après l'enquête barométrique de la DREES, les opinions des Français en matière de santé, de handicap, de famille, de retraite, de pauvreté et de protection sociale demeurent relativement stables entre 2000 et 2005, malgré un tassement global de l'optimisme. Ils estiment notamment que la pauvreté et l'exclusion se sont aggravées.

• • •

• • •

En matière de santé, *Pierre Boisselot* montre que les Français restent préoccupés par les risques sanitaires et se déclarent de plus en plus favorables à la limitation des dépenses de santé. Sur la question de la prise en charge de la dépendance, du handicap et des personnes en difficultés sociales, la population estime de plus en plus que cette responsabilité incombe à l'État. Concernant les départs en retraite, l'âge « idéal » déclaré par les Français a reculé mais dépasse celui cité comme « probable ». Par ailleurs, le RMI est toujours considéré comme nécessaire par près de 90 % des Français, même si l'idée de contreparties gagne du terrain. Enfin, en matière de protection sociale, l'attachement au système actuel se confirme, avec toutefois des nuances selon la nature des prestations.

Marie Hennion et Christian Loisy proposent ensuite une nouvelle évaluation de l'impact des allègements de cotisations sociales patronales sur l'emploi. Cette question, déjà largement étudiée, est ici traitée sous un angle macroéconomique et couvre la période 1985-2003 et l'effet des allègements s'appliquant aux non-qualifiés. En rapprochant les évolutions du taux apparent de cotisations employeurs et celles de l'emploi, les auteurs estiment que la baisse des charges patronales aurait permis la création de 250 000 emplois salariés entre 1990 et 2003.

Enfin, *Marie Avenel et Cécile Nabos* examinent, à partir d'une enquête menée par la DREES en collaboration avec l'Assemblée des départements de France (ADF), la diversité des modes d'organisation adoptés par les départements pour mettre en place le dispositif du RMI, un an après l'entrée en vigueur de la loi de décentralisation qui leur transfère cette compétence. Début 2005, alors que le nombre d'allocataires croît régulièrement depuis 2002, les disparités départementales en la matière étaient déjà importantes, mais les réorganisations n'étaient pas encore stabilisées à cette date. Il apparaît notamment que, là où le nombre d'allocataires était relativement faible, les collectivités se sont réorganisées plus rapidement. Par ailleurs, si l'on ne peut établir de corrélation entre le nombre d'allocataires du RMI et la richesse des départements, il semblerait que les premiers choix d'organisation diffèrent selon la prospérité des collectivités, les plus aisées s'étant plus vite réorganisées. À partir de cette étude, une typologie de six groupes de département a été dégagée.

L'ESPÉRANCE DE VIE SANS INCAPACITÉ CONTINUE D'AUGMENTER

Emmanuelle CAMBOIS, Aurore CLAVEL** et Jean-Marie ROBINE***

* INED

** INSERM, Démographie et Santé

Quels sont les effets de l'allongement de l'espérance de vie sur l'état de santé de la population en France ? Les estimations d'espérance de vie sans incapacité (EVSI) pour les deux dernières décennies établies à partir de quatre grandes enquêtes rassemblent pour la première fois l'ensemble des données en population permettant de décrire l'évolution combinée de la mortalité et de la santé fonctionnelle. Quatre indicateurs d'incapacité issus de l'enquête sur la santé et les soins médicaux (ESSM) de 2002-2003 ont ainsi été comparés aux autres sources, offrant un panorama plus complet en termes d'évolution et de niveaux d'espérance de vie sans incapacité atteints. Cette confrontation montre que les problèmes d'incapacité demeurent concentrés en fin de vie et que les femmes sont désavantagées du point de vue de la proportion d'années vécues sans incapacité. Ces travaux confirment que l'EVSI a poursuivi sa progression dans la dernière décennie, bien que de façon contrastée suivant les indicateurs utilisés, et vont à l'encontre de l'hypothèse d'une pandémie des incapacités sévères avec le vieillissement de la population.

En France, l'espérance de vie sans incapacité (EVSI) a été précédemment calculée pour les années 1981 et 1991, à partir des enquêtes décennales sur la santé et les soins médicaux (ESSM) des années correspondantes. Ces estimations ont permis de décrire l'évolution combinée de la mortalité et de la santé fonctionnelle (Robine et Mormiche, 1994). Elles ont montré que l'accroissement de l'espérance de vie au cours de la décennie des années 1980 s'est accompagné d'une augmentation du temps vécu sans incapacité pour les hommes comme pour les femmes : en effet, si l'espérance de vie à la naissance a progressé de 2,5 ans au total entre 1981 et 1991, ce sont trois années d'EVSI (tous niveaux de sévérité confondus) qui ont été gagnées pour les hommes et 2,5 années pour les femmes. Ces gains d'espérance de vie entre 1981 et 1991 n'ont donc pas conduit à une augmentation du nombre d'années vécues avec des incapacités, qu'elles soient d'un niveau sévère ou modéré. Depuis, l'espérance de vie à la naissance a continué d'augmenter d'environ trois mois par an et une nouvelle estimation de l'EVSI permettrait de vérifier si les années gagnées sont encore des années de bonne santé.

À l'étranger, les travaux sur l'EVSI montrent des évolutions contrastées selon la période et le pays considéré : en effet, le sens et le rythme des évolutions dépendent en partie des instruments de mesure de l'incapacité utilisés et du type de difficultés et de limitations fonctionnelles exploré. Ainsi, au cours des dernières décennies, l'augmentation de l'espérance de vie « sans incapacité sévère » aurait été plus forte que l'espérance de vie « sans incapacité, tous niveaux d'incapacité confondus » (Robine *et al.*, 2003). Dans les années 1970 ou 1980, l'augmentation de l'espérance de vie aurait pu s'accompagner, à l'échelle des populations, d'une augmentation des gênes et difficultés fonctionnelles due à une plus grande longévité des personnes âgées et des malades ; toutefois, ces gains d'années de vie n'auraient pas été des années de

difficultés sévères, de confinement ou de dépendance à l'égard d'un tiers. Plus récemment, même les risques de rencontrer des gênes d'un niveau modéré tendraient à diminuer à chaque âge. Ces travaux montrent tout l'intérêt de confronter différentes sources de données pour fournir une image globale de la situation, aussi bien en termes de niveaux d'espérance de vie sans incapacité qu'en termes d'évolution (Robine et Michel, 2004).

Cette étude vient compléter les calculs d'EVSI de 1981 et 1991 à partir des données de la dernière ESSM, réalisée en 2002-2003. La question générale sur l'incapacité qui avait servi lors des premières estimations était toujours posée en 2002-2003. Toutefois, d'importantes modifications de contenu du questionnaire, ainsi que du protocole de l'enquête, sont susceptibles d'avoir modifié la compréhension de cette question par les personnes interrogées, et donc d'avoir introduit un biais méthodologique dans la comparaison entre les réponses recueillies aux enquêtes de 1991-1992 et 2002-2003 (Cambois *et al.*, à paraître). Aussi, pour consolider l'interprétation des résultats, plusieurs estimations, fondées sur les réponses à différentes questions de l'ESSM de 2002-2003 ainsi qu'à d'autres enquêtes, ont été élaborées.

Au total, quatre indicateurs d'incapacité issus de l'enquête sur la santé et les soins médicaux de 2002-2003 (ESSM 2002-2003) ont servi à construire les estimations d'EVSI et ont été comparés aux questions provenant de l'enquête sur la santé et protection sociale (ESPS) réalisée par l'Irdes depuis 1988, du panel européen de ménages (PEM) réalisé de 1994 à 2001 par l'Insee pour Eurostat et, enfin, de l'enquête Handicap-Incapacités-Dépendance (HID), réalisée auprès des ménages en 1999 par l'INSEE. Deux de ces enquêtes, en complément de l'ESSM, permettent notamment d'étudier les tendances d'évolution. Pour l'ESPS, sont utilisées des données regroupées pour les quatre périodes (1988-1991 ; 1992-1995 ; 1996-1998 ; 2000-2002) ; pour le PEM, seules les données françaises de 1995 à 2001 ont été retenues. Ces sources abordent chacune un ou plusieurs aspects de cette dimension particulière de la santé (altérations des fonctions, difficultés dans les activités, handicap ressenti...), offrant un panorama diversifié et plus complet en termes de niveau et d'évolution des EVSI au cours des vingt dernières années en France.

LES ENQUÊTES SUR LA SANTÉ ET LES SOINS MÉDICAUX (ESSM)

L'ESSM de 2002-2003, réalisée, comme les précédentes, auprès des ménages ordinaires en France,

permet de recueillir les déclarations des personnes sur leur santé, leurs consommations en soins et consultations et de disposer d'un large éventail de données socioéconomiques. Pour ce faire, l'enquête est construite à partir d'une méthodologie particulière où l'enquêteur se rend à plusieurs reprises dans les ménages faisant partie de l'échantillon : 5 fois sur une période de trois mois pour les enquêtes de 1980-1981 et 1991-1992 ; 3 fois en deux mois pour l'enquête de 2002-2003 (encadré 1). Chacune de ces visites donne lieu à un relevé des consommations médicales et des pathologies, mais aussi à un questionnaire particulier sur l'état de santé ressenti, la prévention, les comportements à risques..., plus particulièrement développé dans l'enquête de 2002-2003.

La question générale sur les « *handicaps ou les gênes et difficultés dans la vie quotidienne* » a été posée pour la première fois dans l'enquête de 1980-1981 :

« *Y a-t-il dans le ménage des personnes handicapées ou ayant simplement quelques gênes ou difficultés dans la vie quotidienne ?* » (ne pas tenir compte des gênes ou handicaps momentanés, par exemple jambes plâtrées à la suite de fracture).

En 1980-1981 et 1991-1992, une seule personne répondait à l'ensemble du questionnaire pour chacun des membres du ménage ; la question sur les « *handicaps ou gênes dans la vie quotidienne* » était posée lors de la dernière visite, au terme des trois mois d'investigation sur la consommation médicale du ménage. Pour l'enquête de 2002-2003, le questionnaire a été adressé individuellement à chaque membre du ménage, et seule la description sociodémographique du ménage, prévue lors de la première visite de l'enquêteur, a été effectuée auprès d'un représentant du ménage. Or, il s'avère que les réponses individuelles en matière de santé diffèrent notablement de celles recueillies auprès d'un tiers. Dès lors, par souci de comparabilité avec les enquêtes précédentes, la question générale sur les « *handicaps ou gênes dans la vie quotidienne* » a aussi été posée en « *questionnement ménage* » et adressée à la personne qui a décrit le ménage lors de la première visite. Cette question générale est donc posée lors de la première visite au lieu de la dernière. Ce changement de protocole rend alors délicate une comparaison dans le temps pour cette question (Cambois *et al.*, à paraître). En effet, poser la question générale sur les « *handicaps ou gênes dans la vie quotidienne* » avant de décliner les différents problèmes de santé rencontrés et consommations de soins, contrairement aux éditions antérieures de l'enquête, risque de minimiser la déclaration des « *gênes quotidiennes liées à l'état de santé* ».

L'ESSM de 2002-2003 aborde également de nouvelles questions sur l'incapacité correspondant à différentes approches des problèmes de santé fonctionnelle, de handicap ou d'invalidité (Cambois et Robine, 2006). Ainsi, au cours de la première visite, les personnes interrogées individuellement répondent d'abord à trois questions générales sur leur état de santé, parmi lesquelles figure « être limité depuis au moins 6 mois dans les activités que les gens font habituellement ». La santé fonctionnelle est ensuite explorée en détail au cours de la troisième visite à travers une série de questions individuelles portant sur des limitations fonctionnelles de locomotion (difficultés à marcher ; à monter les escaliers ; à soulever et porter un paquet), de souplesse et de manipulation (avoir des difficultés à s'agenouiller ; à attraper un objet ; à ouvrir un robinet) ainsi que sur des limitations sensorielles (avoir des difficultés à entendre une conversation ; à voir de près ; à voir de loin). Ces questions sur les limitations fonctionnelles abordent d'abord des difficultés intrinsèques révélant une altération des fonctions, que celles-ci soient corrigées ou non par des aides techniques (telles que lunettes, canne, appareil auditif...). Les questions suivantes, pour ceux qui ont déclaré des difficultés,

concernent les difficultés résiduelles qui persistent malgré l'utilisation éventuelle d'une aide, ce qui permet de distinguer les limitations fonctionnelles compensées de celles qui ne le sont pas. Le questionnaire individuel de la troisième visite porte ensuite sur les restrictions dans les activités de soins personnels (avoir beaucoup de difficulté ou ne pas pouvoir s'habiller seul, se nourrir seul, se coucher et se lever de son lit seul, faire sa toilette seul, utiliser les toilettes seul). De ces questions détaillées, il ressort deux indicateurs : un indicateur de « limitations fonctionnelles physiques ou sensorielles » résiduelles (avoir au moins une de ces difficultés, en dépit de l'utilisation d'une aide technique) et un indicateur de « restrictions dans les activités de soins personnels ». Le premier reflète les limitations déclarées par les personnes fragilisées par des maladies, accidents ou les conséquences du vieillissement (que les aides à disposition ne permettent pas de compenser) ; ces limitations induisent ou non des difficultés pour accomplir les activités du quotidien. Le second signale un besoin d'aide pour assurer les activités essentielles de la vie quotidienne à travers ce que déclarent les personnes, et s'apparente plus aux notions de dépendance et de perte d'autonomie.

ENCADRÉ 1 ●

L'ENQUÊTE SANTÉ ET SOINS MÉDICAUX DE 2002-2003

Pour l'ESSM de 2002-2003, 25 000 fiches adresses ont été tirées au sort et 86 % d'entre elles se sont révélées être dans le champ de l'enquête, c'est-à-dire correspondant à la résidence principale d'un ménage ordinaire. 8 % des ménages sélectionnés ont refusé de participer à l'enquête, 7 % n'ont pu être joints et 4 % n'ont pu être enquêtés. L'échantillon comportait 40 832 personnes vivant en ménage ordinaire en France métropolitaine effectivement rencontrées par les enquêteurs lors de la première visite, soit 78 % des ménages du champ de l'enquête tirés au sort. Parmi elles, 39 903 ont répondu à l'ensemble du questionnaire de la première visite. L'échantillon a subi ensuite une certaine attrition au cours du temps et, finalement, les enquêteurs ont obtenu 35 080 questionnaires complets à la fin de la troisième visite. Un système de pondération permet de redresser l'échantillon final en fonction des caractéristiques des personnes « perdues de vue » (tableau ci-dessous).

Par ailleurs, le questionnaire individuel de la troisième visite, ayant trait aux questions détaillées sur les problèmes de santé fonctionnelle ne concernait que les personnes majeures et déclarées aptes à répondre pour elles-mêmes lors de la première visite ; nous discuterons d'ailleurs de l'impact de l'exclusion des personnes jugées inaptes à répondre. Ceci limite l'effectif disponible pour les analyses utilisant des variables de la troisième visite à 26 126 individus âgés de 18 ans ou plus.

effectifs de l'ESSM de 2002-2003, en première et troisième visite

	Hommes	Femmes	Total
Visite 1			
• Questionnaires complets	19 189	20 714	39 903
• Questionnaires incomplets	597	246	843
• Refus de répondre	55	31	86
Échantillon	19 841	20 991	40 832
Visite 3			
• Questionnaires complets	16 838	18 242	35 080
• Questionnaires incomplets	50	33	83
• Refus de répondre	6	3	9
Échantillon	16 894	18 278	35 172

Les questions individuelles détaillées portant sur les limitations fonctionnelles et les restrictions d'activité permettent ainsi de mieux décrire les personnes qui ont répondu auparavant aux questions générales sur les « *handicaps ou gênes dans la vie quotidienne* » ou sur les « *limitations d'activité depuis au moins 6 mois* ». Une étude montre que la réponse à la question sur les « *handicaps ou gênes dans la vie quotidienne* » apportée par un seul représentant du ménage ne retient en définitive qu'une faible proportion des personnes qui déclarent par ailleurs individuellement avoir des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activité (Cambois et Robine, 2006). Les personnes repérées par leur réponse positive à la question sur les « *handicaps ou gênes dans la vie quotidienne* » ont ainsi quasiment toutes des limitations fonctionnelles qui s'accompagnent dans la majorité des cas de restrictions dans leurs activités quotidiennes, professionnelles, domestiques ou de soins personnels. Par ailleurs, parmi les personnes qui déclarent des limitations fonctionnelles ou des restrictions d'activité, celles qui ont été repérées par la réponse à la question sur les « *handicaps ou gênes dans la vie quotidienne* » sont en moyenne plus souvent sans activité professionnelle, sont moins qualifiées ou diplômées que les autres et ont eu plus souvent une reconnaissance administrative de handicap. Tout cela suggère que les personnes enquêtées en 2002-2003 considérées comme ayant des « *handicaps ou gênes dans la vie quotidienne* » relèvent de niveaux plutôt sévères d'incapacité, proches de la dépendance, et de situations avérées de désavantage. La question sur les « *limitations d'activité depuis au moins 6 mois* » ne concerne, elle aussi, quasiment que des personnes déclarant des limitations fonctionnelles et majoritairement accompagnées de restrictions d'activité. Mais comparée aux réponses à la question sur les « *handicaps ou gênes dans la vie quotidienne* », la proportion de personnes ayant déclaré seulement des limitations fonctionnelles, sans répercussion sur leurs activités y est un peu plus importante. Enfin, parmi les personnes qui déclarent des restrictions d'activité ou des limitations fonctionnelles, celles qui sont repérées par la déclaration de « *limitations d'activité depuis au moins 6 mois* » se différencient peu de celles qui ne le sont pas, en termes de niveau d'instruction ou de profession. Toutefois, elles ont aussi connu un peu plus souvent une reconnaissance administrative d'un handicap (Cambois et Robine, 2006).

L'ENQUÊTE SANTÉ ET PROTECTION SOCIALE (ESPS)

L'ESPS vise à mesurer et à analyser la consommation de soins en France auprès d'un échantillon de

ménages au sein desquels une personne au moins est inscrite à un des fichiers des assurés sociaux (régime général, régime des professions indépendantes et régime des exploitants et salariés agricoles). Bien qu'il ne couvre pas l'ensemble des ménages ordinaires, cet échantillon est représentatif d'environ 95 % d'entre eux, par exemple, pour l'échantillon constitué en 2000 (encadré 2).

Une première partie de l'interrogation, dite « questionnaire principal », se déroule par téléphone ou en face à face pour les personnes qui n'ont pas de coordonnées téléphoniques ainsi que pour les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle (CMU) et les personnes âgées 70 ans ou plus. Elle est renseignée par une seule personne du ménage qui indique les caractéristiques sociodémographiques de chacun de ses membres, leur système de couverture sociale... L'auto-questionnaire relatif à la santé est ensuite adressé individuellement à chaque membre du ménage qui y répond et le renvoie par la poste si la première interrogation était téléphonique, ou est collecté par l'enquêteur si le questionnaire principal avait fait l'objet d'un entretien en face à face. Les réponses à l'auto-questionnaire exploitées ici concernent les interrogations suivantes : « *avoir des difficultés à se déplacer* » (tous niveaux de difficultés confondus et difficultés sévères seulement) et « *avoir des difficultés à faire sa toilette* ».

Le taux de non-réponses à l'enquête parmi les fiches d'adresses exploitables était de 56 % pour l'échantillon enquêté en 2002. Cette proportion

ENCADRÉ 2 ●

L'ENQUÊTE SANTÉ ET PROTECTION SOCIALE

L'ESPS a été réalisée annuellement entre 1988 et 1997 puis une année sur deux depuis 1998. La base de sondage est réalisée à partir des échantillons permanents des régimes d'assurance maladie ; un quart interrogé chaque année entre 1989 et 1997 et la moitié tous les deux ans depuis 1998 ; l'échantillon complet est interrogé après plusieurs années d'enquête (Doussin et al., 2002 ; Auvray et al., 2003). Nous disposons ainsi de quatre périodes de collecte permettant d'estimer des EVSI : 1988-1991 ; 1992-1995 ; 1996-1998 ; 2000-2002. Pour les calculs d'espérance de vie sans incapacité, nous avons utilisé la table de mortalité de milieu de période (1990, 1994, 1997, 2001).

échantillon de l'enquête sur la santé et la protection sociale depuis 1988, pour les personnes âgées de 20 ans ou plus

	1988-1991	1992-1995	1996-1998	2000-2002
Personnes interrogées	25 075	27 799	34 180	30 065
Questionnaires santé incomplets	2 932 (12 %)	4 546 (15 %)	9 219 (27 %)	9 115 (30 %)

s'explique principalement par les ménages non joints (Doussin *et al.*, 2002). Les taux de retour des auto-questionnaires sont aussi plus bas dans les enquêtes les plus récentes, passant de 88 % d'auto-questionnaires exploitables pour la période 1988-1992 à 70 % en 2000-2002. Bien que les motifs de non-retour des auto-questionnaires ne soient pas connus, on constate que le mode d'interrogation adopté pour le questionnaire principal a une influence sur les taux de retour : 78 % des auto-questionnaires pour ceux qui étaient collectés après les premiers entretiens en face à face, contre 71 % de retour par courrier à la suite des interrogations par téléphone. Sur la période, on constate une cassure très nette des taux de retour au cours du cycle d'enquêtes 1992-1995, passant d'environ 90 % avant le passage de 1994 à moins de 75 % depuis ; on associe cette diminution brutale au changement de prestataire en charge des contacts téléphoniques. Cet effet ne semble cependant pas affecter les réponses sur la santé pour l'enquête 1992-1995. Si parmi les personnes de 20 ans ou plus, le taux de non-retour des auto-questionnaires santé passe de 8 % en 1992 à 23 % en 1995, soit une moyenne de 15 % sur la période 1992-1995 (voir tableau de l'encadré 2), le pourcentage non pondéré de celles ayant des difficultés pour se déplacer ou pour la toilette passe de 6,21 % à 6,12 %. Enfin, le système de pondération servant à redresser l'échantillon en fonction de ceux qui n'ont pas participé à l'enquête a été modifié à partir de l'année 2000 (Doussin *et al.*, 2002).

Du fait de ces difficultés méthodologiques, les comparaisons dans le temps à partir de l'enquête ESPS sont délicates, en particulier pour la dernière édition qui est utilisée ici. Globalement, parce qu'une partie des personnes qui ne sont pas interrogées sont en mauvaise santé, l'enquête sous-estime certainement la prévalence des problèmes de *déplacement et de toilette*. Par ailleurs, si l'évolution dans le temps des non-réponses à l'enquête était pour partie liée à la santé des potentiels participants, l'évolution des prévalences serait biaisée (il semble toutefois que la part des non-réponses à l'enquête pour raison de santé ne soit pas en augmentation). La diminution des taux de retour des auto-questionnaires santé, parmi les participants à l'enquête, semble être aussi assez indépendante de la santé : l'effet de la chute des taux de retour pour les deux modes de collecte au cours du cycle d'enquête 1992-1995 ne modifie pas massivement la proportion de personnes déclarant des difficultés pour la toilette ou le déplacement. On ajoutera les séries d'EVSI obtenues par cette enquête aux autres estimations.

L'ENQUÊTE HANDICAP-INCAPACITÉS-DÉPENDANCE (HID)

L'enquête Handicap-Incapacités-Dépendance (HID) est une enquête longitudinale couvrant l'ensemble de la population (ménages ordinaires et institutions). Elle s'est déroulée en deux vagues successives, la première vague s'adressant aux personnes vivant en institution en 1998, la seconde à la population des ménages en 1999 (encadré 3).

L'enquête HID comprend toute sorte de questions concernant les problèmes fonctionnels, leurs origines, leurs conséquences sur la participation à la vie sociale, les aides reçues ainsi que l'accessibilité de l'environnement quotidien. Seules les questions les plus proches de celles présentes dans l'ESSM de 2002-2003 ont été retenues : les difficultés dans les activités élémentaires de la vie quotidienne correspondant aux mêmes activités de soins personnels (beaucoup de difficultés ou ne peut pas se nourrir seul, s'habiller seul, faire sa toilette seul, utiliser les toilettes seul, se coucher ou se lever du lit seul) ; les limitations fonctionnelles physiques et sensorielles (difficultés à marcher, à monter et descendre les escaliers, à utiliser ses mains, à se couper les ongles des pieds, à se pencher et ramasser un objet, à voir de près ou de loin, à entendre). Notons que, dans l'enquête HID, la distinction ne peut être faite entre les limitations fonctionnelles intrinsèques et limitations résiduelles, mais que, la plupart du temps, la formulation des questions suppose des limitations résiduelles (difficultés rencontrées, y compris pour ceux qui utilisent une aide technique). C'est pourquoi nous avons retenu aussi des limitations résiduelles pour les questions de l'ESSM comme décrit plus tôt.

ENCADRÉ 3 ●

L'ÉCHANTILLON « MÉNAGES » DANS L'ENQUÊTE HANDICAP-INCAPACITÉS-DÉPENDANCE

L'échantillon des ménages, utilisé pour cette étude, est issu d'un questionnaire santé filtre (Vie Quotidienne et Santé), passé auprès de 400 000 individus lors du recensement de 1999. Cette procédure a notamment permis de surreprésenter dans l'enquête HID la population en incapacité. Pour sa partie portant sur les ménages ordinaires, l'échantillon initial était de 21 760 entrevues « attendues ». Sur ce nombre, on dispose finalement de 16 924 questionnaires individuels (dont 37 incomplets), soit un taux de réponse de 77,8 % ; 12 % des personnes ont refusé de répondre et 7,3 % étaient injoignables ; enfin, entre le tirage au sort et le passage de l'enquêteur, 0,7 % étaient décédées et 0,3 % étaient entrées en institution. L'échantillon final compte 7 035 hommes et 8 328 femmes de 20 ans ou plus (soit 15 363 personnes).

LE PANEL EUROPÉEN DES MÉNAGES (PEM)

Le panel européen des ménages est une enquête européenne fondée sur un questionnaire harmonisé, qui suit annuellement un échantillon représentatif de ménages (et de ses membres) dans chaque pays. Il couvre un large éventail de thèmes : les revenus (y compris les transferts sociaux), la santé, l'éducation, le logement, les caractéristiques sociodémographiques y compris l'emploi...

Le panel européen des ménages contient, de manière inchangée depuis 1995, la question « *êtes-vous gêné habituellement dans vos activités (professionnelles, domestiques ou de loisirs) par une maladie chronique, un handicap ?* », avec comme modalités de réponse « *oui, sévèrement ; oui, un peu ; non* ».

Dans cette étude, ces données sont utilisées à partir de 1995, date à laquelle le module de questions sur la santé fonctionnelle a été stabilisé (encadré 4).

ENCADRÉ 4 ●

L'ÉCHANTILLON FRANÇAIS DU PANEL EUROPÉEN DES MÉNAGES

L'enquête s'est déroulée sur 8 ans, depuis 1994 jusqu'en 2001. Lors de la première vague (1994), un échantillon de 60 500 foyers, soit environ 130 000 adultes de plus de 16 ans, ont été interrogés dans les 12 pays membres de l'Union. Les taux de participation sont variables. Eurostat annonce pour la partie française un taux de réponses de 79 % lors de la première enquête en 1994. Parmi les non-réponses, 90 % étaient des échecs pour contacter les ménages et 10 % des échecs dus à un problème de santé. Le taux de réponses était de 90 % en 1995 (Eurostat, 1997). L'échantillon français utilisable comprenait environ 12 600 personnes de plus de 20 ans en 1995 et 9 200 environ en 2001.

LE CALCUL DE L'ESPÉRANCE DE VIE SANS INCAPACITÉ (EVSI)

L'EVSI représente la durée moyenne qu'on peut espérer vivre sans incapacité au sein de l'espérance de vie totale, en supposant que les conditions sanitaires du moment se maintiennent. Plusieurs méthodes existent pour combiner ces différents risques et estimer les EVSI (Cambois *et al.*, 1998). En fait, c'est la nature des données disponibles qui conditionne en premier lieu le choix de la méthode. Lorsque les données sont transversales, comme celles utilisées ici, il est impossible d'estimer les risques « d'entrée » et « de sortie » d'incapacité et les risques de décéder, nécessaires à la construction

des tables de survie avec et sans incapacité. Il faut alors appliquer la méthode dite de Sullivan. Cette méthode consiste à appliquer directement la prévalence de l'incapacité observée par une enquête à une date donnée aux années personnes de la table de mortalité classique (Sullivan, 1971). Cette méthode n'est pas fondée sur de vraies probabilités par âge de survie avec et sans incapacité. Elle combine des probabilités de survie à chaque âge avec la probabilité observée à une date donnée d'être en incapacité ou non à cet âge. L'espérance de vie sans incapacité, calculée par cette méthode, ne constitue pas un véritable indicateur « du moment » comme peut l'être l'espérance de vie. En effet, elle ne prend pas en compte les risques de *survenue* de l'incapacité, à chaque âge, liés aux conditions sanitaires qui prévalent au moment de l'enquête, ni les risques de mortalité différents des personnes ayant des incapacités ; elle s'appuie sur l'observation de la *présence ou non* d'incapacités, que celles-ci soient survenues au moment de l'enquête ou qu'elles soient installées depuis longtemps (et dépendent donc des conditions sanitaires passées).

L'ESSM est, comme la plupart des enquêtes socioéconomiques, limitée à la population des ménages ordinaires. La prise en compte de la population des institutions dans le décompte des années de vie avec et sans incapacité est pourtant primordiale pour estimer correctement l'EVSI. En effet, les résidents des institutions, dont la proportion augmente fortement aux âges élevés, ont généralement un état de santé fonctionnel dégradé (Cambois *et al.*, 2005). Sullivan a ainsi proposé de traiter toutes les années vécues en institution comme des années d'incapacité (1971). C'est l'option qui avait été retenue pour les calculs français de l'EVSI de 1981 et 1991 et que nous reprenons ici par souci de comparabilité.

De même que pour les calculs d'espérance de vie sans incapacité de 1981 et 1991, les interruptions d'activité sont également considérées comme des périodes d'incapacité : le décompte des années vécues « en incapacité », comprend ainsi les personnes déclarées « *handicapées ou ayant de simples gênes ou difficultés dans la vie quotidienne* », auxquelles s'ajoutent, sans double compte, les interruptions d'activité pour toute la durée de ces arrêts (y compris les arrêts de travail).

Enfin, la mesure des problèmes de santé fonctionnelle, selon les questions utilisées, peut se révéler inadaptée chez les enfants – par exemple, à partir de quel âge considère-t-on des difficultés à se déplacer ou à s'habiller seul comme relevant de problèmes fonctionnels ? Par ailleurs, certaines enquêtes ou

certaines questions ne concernent que les adultes. Aussi, pour harmoniser la présentation des résultats, les EVSI ont été calculées à 20 ans et à 65 ans. Seule la question sur les personnes « *handicapées ou ayant de simples gênes ou difficultés dans la vie quotidienne* », renseignée pour l'ensemble des membres du ménage quel que soit leur âge, donne lieu à des estimations d'EVSI à la naissance.

LES ESPÉRANCES DE VIE SANS INCAPACITÉ SELON L'ENQUÊTE SANTÉ DE 2002-2003

L'ESSM 2002-2003 permet de calculer à nouveau l'espérance de vie *sans handicap ou gêne dans la vie quotidienne* (incluant les années d'interruption d'activité) et d'estimer d'autres EVSI : l'espérance de vie *sans limitation d'activité de long terme*, l'espérance de vie *sans restriction d'activité pour les soins personnels* et l'espérance de vie *sans limitation fonctionnelle sensorielle ou physique*.

En 2003, l'espérance de vie à la naissance a atteint 76 ans pour les hommes et 83 pour les femmes ; à 65 ans, l'espérance de vie était respectivement de 17 ans et 21,5 ans. L'espérance de vie *sans handicap ou gêne dans la vie quotidienne* à la naissance est de 69 ans pour les hommes et 74 ans pour les femmes, soit respectivement 91 % et 89 % de l'espérance de vie totale (tableau 1). À 65 ans, l'espérance de vie *sans handicap ou gêne dans la vie quotidienne* atteignait 13,5 ans pour les hommes et 16 ans pour les femmes, soit 79 % et 75 % de l'espérance de vie totale. La part de la vie *sans handicap ou gêne* se

réduit logiquement avec l'avancée en âge pour les hommes comme pour les femmes. Quel que soit l'âge, les femmes vivent plus longtemps que les hommes et plus longtemps sans incapacité, mais elles vivent aussi plus longtemps avec des incapacités. Au final, les hommes peuvent espérer vivre une plus grande part de leur vie sans incapacité que les femmes et cette tendance se renforce avec l'âge. Ces conclusions générales vont dans le même sens que celles déjà obtenues à partir des estimations réalisées en 1981 et en 1991 selon le même mode de calcul que pour les ESSM précédentes. On remarque toutefois que les écarts entre hommes et femmes concernant la part de vie sans incapacité sont faibles au regard de ceux qu'on observait en 1981 et 1991.

Ce sont les restrictions d'activité pour les soins personnels qui sont le moins présentes au cours de la vie : 96 % de l'espérance de vie à 20 ans pour les hommes (54 ans) et 92 % pour les femmes (59 ans) sont des années de vie *sans difficulté pour réaliser les activités de soins personnels (s'habiller, se nourrir...)*. À 65 ans, on peut encore espérer vivre près de 15 ans pour les hommes et 17 ans pour les femmes sans ce type de problèmes. Les limitations fonctionnelles physiques ou sensorielles sont elles bien plus présentes : à 65 ans, ce ne sont plus que sept années de vie *sans limitation fonctionnelle physique ou sensorielle* que peuvent espérer vivre les hommes et les femmes. À 20 ans, l'espérance de vie *sans limitation d'activité de long terme* atteint presque 48 ans pour les hommes et 51 ans pour les femmes, soit plus de 80 % de l'espérance de vie totale.

TABLEAU 1 ●

espérance de vie sans incapacité (EVSI) à la naissance, à 20 ans et à 65 ans en France

	À la naissance	À 20 ans	À 65 ans
Hommes			
Espérance de vie totale	75,9	56,6	17,1
Espérance de vie :			
• sans handicap ou gêne dans la vie quotidienne	69,3 (91 %)	50,5 (89 %)	13,5 (79 %)
• sans limitation d'activité de long terme	–	47,7 (84 %)	11,7 (69 %)
• sans restriction d'activité pour les soins personnels	–	54,0 (96 %)	14,8 (87 %)
• sans limitation fonctionnelle physique ou sensorielle	–	41,2 (73 %)	6,8 (40 %)
Femmes			
Espérance de vie totale	83,2	63,7	21,5
Espérance de vie :			
• sans handicap ou gêne dans la vie quotidienne	74,2 (89 %)	55,1 (87 %)	16,1 (75 %)
• sans limitation d'activité de long terme	–	50,9 (80 %)	13,1 (61 %)
• sans restriction d'activité pour les soins personnels	–	58,8 (92 %)	17,1 (80 %)
• sans limitation fonctionnelle physique ou sensorielle	–	42,4 (67 %)	6,9 (32 %)

Source : ESSM 2002-2003.

COMPARAISON AVEC LES SOURCES DE DONNÉES ALTERNATIVES

Le calcul et la comparaison des estimations obtenues à partir des autres sources de données disponibles fournissent un panorama plus clair de la situation française autour de l'année 2000. L'ESPS permet d'estimer des espérances de vie *sans difficulté à faire sa toilette et sans difficulté à se déplacer* (tous niveaux de sévérité confondus et pour les difficultés sévères seules). L'enquête HID permet d'estimer une espérance de vie *sans restriction d'activité pour les soins personnels et sans limitation fonctionnelle*. Le PEM permet d'estimer une espérance de vie *sans gêne liée à une maladie ou un handicap*.

D'après les résultats obtenus, l'ordre de classement en fonction du type de difficulté ou de limitation rencontré reste le même pour les hommes et pour les femmes dans chaque catégorie d'âge pour toutes les enquêtes considérées. Il existe aussi une grande proximité des estimations obtenues à partir des indicateurs ayant des définitions proches d'une enquête à l'autre (tableau 2). Ainsi, à 20 ans, l'espérance de vie *sans restriction d'activité pour les soins personnels* de l'enquête HID ou de l'ESSM, *sans difficulté pour la toilette ou sans difficulté sévère pour le déplacement* de ESPS se situe autour de 54 ans pour les hommes et de 60 ans pour les femmes. D'après ces trois enquêtes, les hommes peuvent espérer vivre entre 96 % et 97 % de leur vie sans ce type de difficultés et les femmes, entre 92 % et 96 %. Ces difficultés sévères concernent surtout les

âges élevés : la part de vie sans ces difficultés représente entre 80 % et 88 % de l'espérance de vie à 65 ans des femmes et entre 86 % et 91 % de celle des hommes.

Un deuxième groupe d'estimations est constitué par les indicateurs portant sur les *difficultés à se déplacer* (tous niveaux de sévérité confondus) de l'ESPS 2000-2002 et les *gênes ou handicaps dans la vie quotidienne* de l'ESSM de 2002-2003. Les difficultés déclarées à travers ces deux questions générales concernent environ 10 % de l'espérance de vie des hommes et des femmes à 20 ans et de 20 % à 30 % de l'espérance de vie à 65 ans. Parmi les indicateurs représentant des limitations et restrictions dans les activités de la vie quotidienne, ce sont les *limitations de long terme* qui ont les prévalences les plus élevées en population, conduisant à l'EVSI la plus courte : 48 ans pour les hommes à 20 ans et 51 ans pour les femmes. Comme indiqué plus tôt, cet indicateur, qui comprend majoritairement des niveaux sévères d'incapacité (restrictions d'activité), repère aussi des personnes ayant seulement des limitations fonctionnelles sans restriction d'activité, et ce, en proportion un peu plus importante que la question sur les « *handicaps et gênes dans la vie quotidienne* ». Par ailleurs, cette question sur les limitations de long terme repérant davantage de personnes parmi celles qui déclarent des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activité, elle reflète davantage de situations.

Les *limitations fonctionnelles physiques ou sensorielles* occupent la plus grande partie de la vie. Ces

TABLEAU 2 ●

estimations de l'espérance de vie sans incapacité (EVSI)
selon les différents indicateurs de l'incapacité disponibles dans les enquêtes les plus récentes
en France, à 20 ans et à 65 ans

	Hommes		Femmes	
	À 20 ans	À 65 ans	À 20 ans	À 65 ans
Espérance de vie...				
• sans difficulté sévère à se déplacer (ESPS 2000-2002)	54,8 (97 %)	15,5 (91 %)	60,7 (96 %)	18,8 (88 %)
• sans difficulté à faire sa toilette (ESPS 2000-2002)	54,6 (97 %)	15,4 (91 %)	60,1 (95 %)	18,3 (86 %)
• sans restriction d'activité pour les soins personnels (ESSM 2002-2003)	54,0 (96 %)	14,8 (87 %)	58,8 (92 %)	17,1 (80 %)
• sans restriction d'activité pour les soins personnels (HID 1999)	52,8 (94 %)	14,2 (86 %)	58,7 (93 %)	17,0 (81 %)
• sans difficulté à se déplacer, tous niveaux confondus (ESPS 2000-2002)	51,2 (91 %)	12,9 (76 %)	55,6 (88 %)	14,7 (69 %)
• sans handicap ou gêne dans la vie quotidienne (ESSM 2002-2003)	50,5 (89 %)	13,5 (79 %)	55,1 (87 %)	16,1 (75 %)
• sans limitation d'activité de long terme (ESSM 2002-2003)	47,7 (84 %)	11,7 (69 %)	50,9 (80 %)	13,1 (61 %)
• sans gêne liée à une maladie ou un handicap (PEM 2001)	41,8 (74 %)	7,8 (46 %)	44,1 (70 %)	8,3 (39 %)
• sans limitation fonctionnelle (ESSM 2002-2003)	41,2 (73 %)	6,8 (40 %)	42,4 (67 %)	6,9 (32 %)
• sans limitation fonctionnelle (HID 1999)	38,5 (69 %)	5,2 (32 %)	41,2 (65 %)	5,8 (28 %)

Ces différentes estimations d'EVSI sont classées par ordre décroissant.

D'après l'enquête sur la santé et soins médicaux (ESSM) de 2002-2003, l'enquête sur les soins et la protection sociale (ESSP) de 2000-2002, le panel européen des ménages (PEM) de 2001 et l'enquête Handicap-Incapacités-Dépendance (HID) de 1999.

Lecture : à 20 ans, l'espérance de vie sans difficulté sévère à se déplacer calculée à partir des données de l'enquête ESPS 2000-2002 est de 54,8 ans pour les hommes (97 % de l'espérance de vie totale) et de 60,7 ans pour les femmes (96 % de l'espérance de vie totale).

difficultés relativement courantes (difficultés, même avec l'utilisation d'une aide technique, à voir, entendre, marcher...) concernent plus de 40 années de vie, soit un tiers de l'espérance de vie totale à 20 ans. Elles sont moins concentrées dans les âges élevés que ne le sont les difficultés pour les activités de soins personnels, mais sont toutefois particulièrement communes chez les personnes fragilisées par l'âge ou une maladie. Elles s'installent pour environ deux tiers de l'espérance de vie à 65 ans. Mais dans la majorité des cas, ces difficultés ne s'accompagnent pas de gênes dans les activités du quotidien.

L'ÉVOLUTION DE L'EVSI

Trois de ces enquêtes permettent d'estimer des EVSI à plusieurs dates : l'ESSM, ayant en particulier servi à l'estimation de la première série d'EVSI en France pour la période 1981-1991 ; l'ESPS pour les quatre périodes 1988-1991, 1992-1995, 1996-1998 et 2000-2002 ; le PEM pour la période allant de 1995 à 2001. Les graphiques 1 et 2 présentent les séries chronologiques réalisées à partir de ces enquêtes, auxquelles ont aussi été ajoutées les estimations provenant de l'enquête HID de 1999 et de l'ESSM de 2002-2003 (chiffres présentés en annexe). Nous avons estimé des taux annuels d'évolution à partir d'une régression logarithmique. Pour les séries issues de l'ESPS et du PEM, composées de plus de trois points assez fluctuants, nous avons estimé les taux à partir des valeurs estimées d'EVSI obtenues par les paramètres de la régression.

L'ESSM a donc permis d'estimer des espérances de vie *sans handicap ou gêne dans la vie quotidienne* pour 1981, 1991 et 2003. L'évolution a été importante au cours de la première période : trois années d'EVSI ont été gagnées pour les hommes à la naissance entre 1981 et 1991 et 2,5 ans pour les femmes ; les gains ont été de 2,5 ans à 20 ans pour les deux sexes, et de 1,3 an pour les hommes et 2,3 ans pour les femmes à 65 ans. Au cours de la première période 1981-1991, l'espérance de vie à 20 ans a ainsi progressé de 0,5 % par an pour les hommes et pour les femmes. À 65 ans, le taux annuel d'accroissement, a atteint respectivement 1,3 % et 2,0 %. Au cours de la dernière décennie, de 1991 à 2003, l'espérance de vie *sans handicap ou gêne dans la vie quotidienne* à 20 ans a progressé de 0,9 % par an pour les hommes et de 0,8 % par an pour les femmes. À 65 ans, le taux annuel d'accroissement a atteint 2,5 % pour les deux sexes. Cette progression est sans commune mesure avec celle de la décennie précédente : les hommes ont ainsi gagné

5,5 ans d'EVSI à la naissance entre 1991 et 2003 et 3,4 ans à 65 ans, soit plus du double des gains obtenus sur 1981-1991.

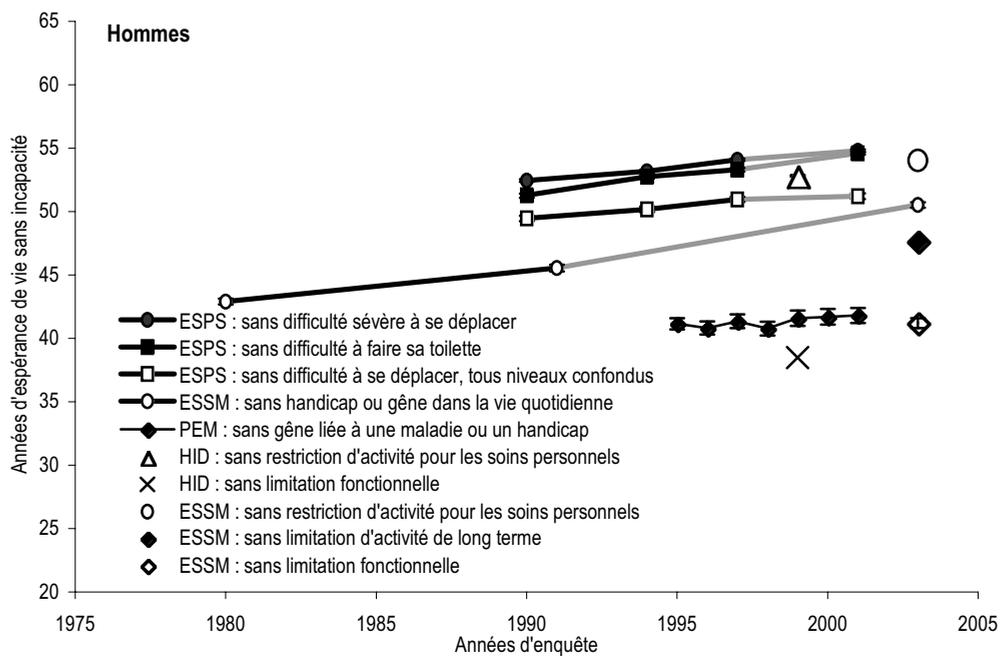
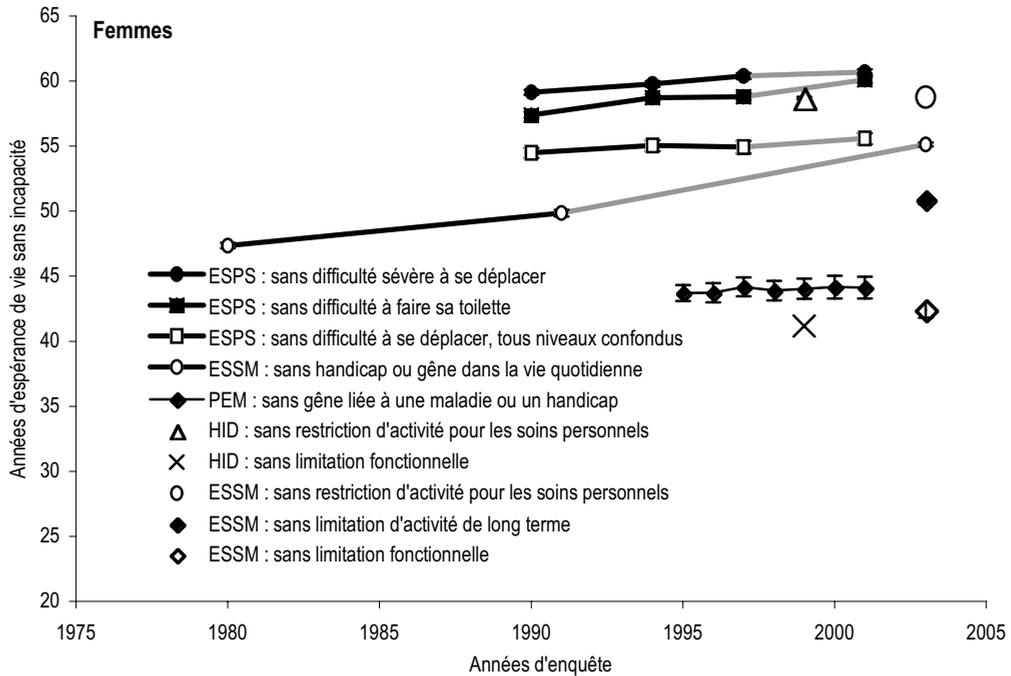
Les données du PEM sur la période 1995-2001 indiquent une quasi-stagnation de l'espérance de vie *sans gêne dans les activités liées à une maladie ou un handicap* pour les femmes et une très légère augmentation pour les hommes à 20 ans et à 65 ans, avec un accroissement plus marqué pour les hommes aux âges élevés. Les taux annuels d'accroissement de l'espérance de vie *sans gêne dans les activités* seraient à 20 ans de 0,3 % pour les hommes et 0,2 % pour les femmes et, à 65 ans, de 1,3 % par an pour les hommes et 0,1 % pour les femmes.

L'enquête ESPS permet de constituer trois séries chronologiques d'EVSI pour 1990, 1994, 1997 et 2001. Même si les comparaisons dans le temps peuvent être en partie biaisées par les aspects méthodologiques décrits plus tôt, ces estimations permettent de compléter les autres séries. On constate une augmentation de l'espérance de vie *sans difficulté pour se déplacer*, tous niveaux de sévérité confondus, inférieure à l'accroissement de l'espérance de vie totale sur la même période (+1,7 an pour les hommes et +1,1 an pour les femmes) et une amélioration équivalente pour l'espérance de vie *sans difficulté sévère pour se déplacer* (respectivement +2,3 ans et +1,6 an pour chaque sexe). L'espérance de vie *sans difficulté pour faire seul sa toilette* a connu une augmentation supérieure à l'augmentation de l'espérance de vie totale à 20 ans (+3,3 ans pour les hommes et +2,7 ans pour les femmes). À 20 ans, le taux annuel d'accroissement de l'espérance de vie *sans difficulté sévère pour se déplacer* a atteint 0,6 % pour les hommes et 0,2 % pour les femmes, selon les données ESPS de 1988 à 2002. Cette croissance est respectivement de 0,3 % et 0,2 % pour l'espérance de vie *sans aucune difficulté au déplacement*, tous niveaux confondus, et de 0,5 % et 0,4% pour l'espérance de vie *sans difficulté pour faire seul sa toilette*. À partir de ces données, à 65 ans, le taux annuel d'accroissement est par exemple pour l'espérance de vie *sans difficulté pour faire seul sa toilette* de 1,3 % pour les hommes et de 1 % pour les femmes.

En résumé, on constate que les séries d'EVSI, estimées à partir d'indicateurs portant sur des difficultés sévères dans les activités du quotidien, connaissent un taux d'accroissement annuel plus rapide que les séries estimées à partir d'indicateurs portant sur des limitations fonctionnelles plus courantes. Ces gains vont dans le sens d'une compression de la période vécue avec des incapacités sévères et d'une stagnation, voire d'une légère expansion, du temps vécu

GRAPHIQUE 1 ●

espérances de vie sans incapacité selon différentes sources de données et questions d'enquêtes à 20 ans pour les hommes et les femmes, en France, entre 1981 et 2003 (voir détail des valeurs en annexe)



avec des difficultés plus courantes que déclarent les personnes.

La progression de l'espérance de vie *sans handicap ou gêne dans la vie quotidienne* obtenue par les deux dernières ESSM est sans commune mesure avec les tendances d'évolution obtenues pour les autres séries. Au début des années 1990, cet indicateur semble refléter des niveaux d'incapacité relativement courants, proches des *limitations d'activité de long terme*. Toutefois, son augmentation rapide confère à l'indicateur, en 2003, une place bien plus proche de celle des indicateurs d'incapacité sévère (restrictions d'activité pour les soins personnels). Cette forte progression est équivalente, et même supérieure pour les femmes, à celle qu'a connu la série d'incapacité sévère « *difficultés à faire sa toilette* », qui est elle-même probablement légèrement surestimée par les problèmes méthodologiques évoqués pour l'ESPS.

DES ANNÉES DE VIE EN INCAPACITÉ SOUVENT CONCENTRÉES EN FIN DE VIE ET QUI TOUCHENT PLUS LES FEMMES

Pour la première fois, on a rassemblé dans cette étude l'ensemble des données en population permettant de produire une batterie d'estimations d'EVSI pour la France au cours des deux dernières décennies. Ces estimations, provenant de quatre grandes enquêtes, permettent de mettre en perspective les estimations obtenues jusqu'ici à partir de l'enquête décennale sur la santé et les soins médicaux (ESSM).

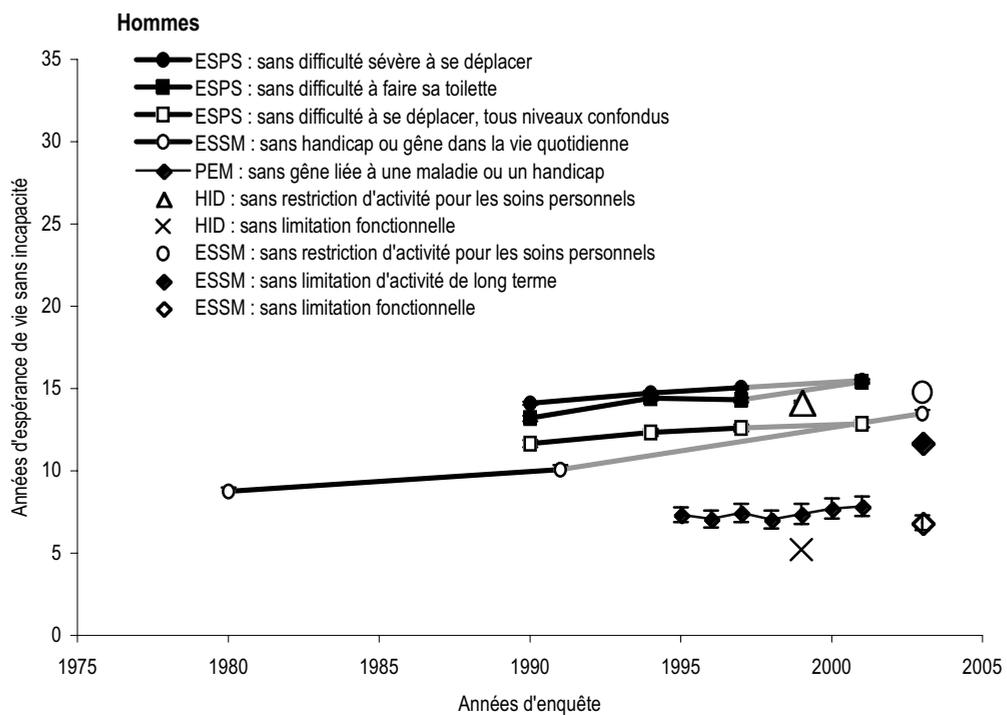
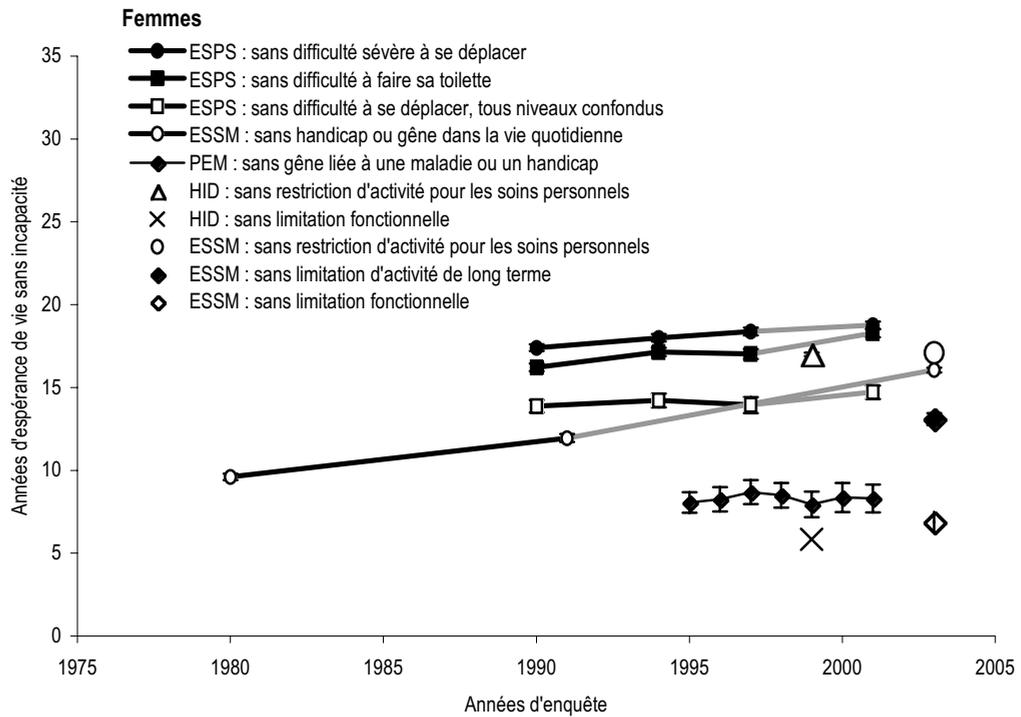
L'analyse montre que les estimations d'EVSI obtenues représentent des facettes particulières de l'incapacité : certaines reflètent les limitations fonctionnelles les plus fréquentes, en particulier aux âges élevés (difficultés pour marcher, se pencher, voir...), d'autres se rapportent plutôt à des situations de restrictions dans les activités qui peuvent nécessiter un besoin d'aide important et s'apparenter ainsi à une certaine forme de dépendance (beaucoup de difficultés ou besoin d'aide pour les activités de soins personnels) ; d'autres encore, fondées sur des approches plus générales, couvrent l'ensemble de ces aspects en balayant les limitations les plus courantes et les difficultés dans la vie quotidienne les plus sévères. On constate en premier lieu que les EVSI se regroupent sur la base des définitions des indicateurs d'incapacité ayant servi aux calculs, même lorsqu'ils proviennent de sources de données différentes. Ce résultat souligne l'intérêt de se doter d'une batterie d'indicateurs de manière à produire des EVSI complémentaires et pour garantir une interprétation maîtrisée des niveaux ou évolutions observés.

La confrontation de ces différentes estimations met en lumière des faits robustes, comme le désavantage des femmes en termes de proportion de vie vécue sans incapacité (et ce quelles que soient les mesures utilisées), ou encore le fait que les problèmes d'incapacité sont plus souvent concentrés en fin de vie. Mais cette étude montre aussi que ces tendances sont plus ou moins marquées selon l'indicateur de santé fonctionnelle utilisé. Par exemple, les différences entre hommes et femmes sont faibles pour les *handicaps et gênes dans la vie quotidienne* en 2003. Les *limitations fonctionnelles* semblent aussi davantage réparties au cours de la vie que ne le sont les autres types de difficultés. Les tendances d'évolution au cours du temps ne sont pas les mêmes selon que l'on retient des estimations fondées sur des niveaux sévères d'incapacité ou sur des formes plus courantes de limitations fonctionnelles. On montre ainsi que la situation française se distingue peu de ce qui a été observé dans d'autres pays (Robine *et al.*, 2003). Sur la base de ces estimations, on pourrait conclure que l'allongement de l'espérance de vie ne s'accompagne pas globalement d'un allongement du temps vécu avec des difficultés sévères ; la tendance est moins claire lorsqu'on se concentre sur l'indicateur fondé sur la déclaration *des gênes liées aux maladies ou handicap*, qui a plutôt tendance à stagner.

Aux États-Unis, de nombreuses séries chronologiques portant sur l'incapacité indiquent des tendances variées selon la nature de l'indicateur. La diminution d'incapacités sévères, telles que les restrictions d'activité chez les plus âgés au cours des dernières décennies, s'explique par une meilleure compensation des problèmes fonctionnels, par une montée en charge de l'utilisation d'aides techniques et par l'élévation générale du niveau d'instruction (Manton *et al.*, 1997 ; Crimmins *et al.*, 1997). Cette diminution s'expliquerait aussi par une baisse de la prévalence des limitations fonctionnelles physiques, sensorielles (Freedman *et al.*, 1998). Plus récemment, les limitations fonctionnelles cognitives tendraient elles aussi à être moins prévalentes dans la population des ménages ordinaires (Freedman *et al.*, 2001). L'amélioration des états d'incapacité les moins sévères se poursuivrait au cours des années 1990 (Crimmins, 2004). On estime que la prévalence de l'incapacité, tous niveaux confondus, dans la population âgée diminue de 1,6 % à 0,9 % par an (Freedman *et al.*, 2002) et que le recours à l'aide d'un tiers pour les soins personnels diminue de 1 % à 2,5 % par an chez les plus de 70 ans (Freedman *et al.*, 2004). Pour autant, les travaux de Schoeni *et al.*, sur la période 1982-1996, indiquent que la baisse des restrictions d'activité se concentrerait plutôt sur les

GRAPHIQUE 2 ●

espérances de vie sans incapacité selon différentes sources de données et questions d'enquêtes à 65 ans pour les hommes et les femmes, en France, entre 1981 et 2003 (voir détail des valeurs en annexe)



activités domestiques (du type faire les courses) que sur les activités de soins personnels (du type faire sa toilette) et concernerait surtout les personnes âgées les plus instruites (Schoeni *et al.*, 2001). Le déclin de l'incapacité apparaît par ailleurs moins important chez les très âgés (Schoeni *et al.*, 2004).

Il demeure que l'analyse des tendances d'évolution reste délicate. Pour les séries d'EVSI françaises, qui concernent plutôt des difficultés sévères (difficultés pour faire sa toilette et difficultés sévères à se déplacer d'ESPS), on constate un fort taux d'accroissement, mais il est probablement surestimé par une part croissante de non-réponses ; les études réalisées montrent que l'augmentation des taux de non-réponse ou de non-retour des questionnaires ne se traduit pas par une exclusion croissante de personnes ayant des problèmes de santé, mais il n'est pas possible actuellement de le mesurer précisément. De même, les dernières estimations d'espérance de vie sans handicap ou gêne dans la vie quotidienne semblent inscrire cet indicateur dans un autre registre de difficultés, plus sévères avec l'ESSM de 2002-2003. Une partie de la chute des taux de prévalence pourrait d'ailleurs s'expliquer par les changements de protocole de l'ESSM (Cambois *et al.*, à paraître).

Plus généralement, certaines des questions utilisées excluent les personnes qui ne sont pas aptes à répondre ; cela minimise la prévalence des incapacités, en particulier des plus sévères qui empêchent toute participation. Ainsi, l'ESSM ne fournit des informations que sur les limitations fonctionnelles et les restrictions d'activité de ceux qui ont pu répondre au questionnaire individuel, laissant supposer que les autres personnes ont en général un état de santé fonctionnelle plus dégradé que celles qui ont répondu. On constate tout d'abord que les EVSI fondées sur les indicateurs de restrictions d'activité et limitations fonctionnelles de l'ESSM sont proches respectivement de ceux calculés à partir des indicateurs de l'enquête HID. Or, cette dernière enquête avait soin de ne pas exclure les personnes ne pouvant répondre elles-mêmes. Par ailleurs, pour vérifier cet effet de sous-estimation, on peut se référer à la question sur les handicaps ou gênes dans la vie quotidienne posée lors de la première visite et concernant cette fois tous les membres du ménage. Il s'avère alors que 6,5 % des personnes présentes à la troisième visite et 15,6 % des personnes « perdues de vue » sont repérées comme ayant des handicaps ou gênes dans la vie quotidienne. Les « perdus de vue » déclarent aussi un peu plus souvent ce type de difficultés que ne l'ont fait les personnes qui ont ensuite déclaré des limitations fonctionnelles à la troisième visite et un peu moins souvent que les personnes qui déclarent des restrictions pour certaines activités (sans pondé-

ration). Si l'on considérait que toutes les personnes qui n'ont pas répondu ont des limitations fonctionnelles, les estimations d'espérance de vie sans limitations fonctionnelles à 20 ans en 2003 seraient diminuées d'environ un an pour les hommes et les femmes.

Pour tenir compte de la population résidant en institutions, la méthode suggérée par Sullivan a été appliquée à toutes nos estimations, y compris celles provenant de l'enquête HID, qui couvre pourtant cette population (dans la vague de 1998). Cette méthode consiste à considérer l'ensemble des années de vie passées en institution comme des années vécues en incapacité. Pour apprécier l'ampleur de l'erreur introduite par cette simplification, une estimation des espérances de vie *sans limitation fonctionnelle* et *sans restriction d'activité* a été calculée à partir des vrais résultats de l'enquête HID pour les résidents des institutions. Comme la méthode suggérée par Sullivan revenait à considérer que la prévalence de l'incapacité en institution était de 100 %, les estimations faites à partir des valeurs réelles de HID aboutissent à des EVSI plus importantes ; le décalage est encore plus marqué pour les niveaux sévères d'incapacité qui sont loin d'atteindre l'ensemble de la population vivant en institution. L'impact sur les estimations finales est toutefois contenu. L'espérance de vie *sans restriction d'activité* à 20 ans gagne ainsi un peu moins de trois mois pour les hommes et près de quatre mois pour les femmes. L'espérance de vie *sans limitation fonctionnelle*, quant à elle, reste quasiment inchangée du fait de la très forte prévalence des limitations fonctionnelles parmi les résidents d'institutions.

Enfin, les données utilisées ici reposent sur la déclaration des personnes quant à leur état de santé fonctionnel ; cette déclaration est liée à l'état de fonctionnement des personnes mais aussi à différents facteurs qui accroissent ou diminuent la propension à répondre positivement aux différentes questions abordant cette dimension de la santé. Notamment, la déclaration de difficultés ou troubles fonctionnels peut être influencée par la connaissance qu'ont les personnes de leur santé en général ; un diagnostic, un traitement ou des appareillages peuvent révéler des problèmes qui seront alors plus fréquemment déclarés ou, à l'inverse, compenser des déficiences qui peuvent alors être omises. L'évolution dans le temps des techniques de diagnostic, des aides techniques ou autres dispositifs, ou encore des exigences des personnes vis-à-vis de leur état de santé, peut alors modifier la déclaration des difficultés « à état de fonctionnement équivalent ». Cet effet pourrait toucher principalement les difficultés et troubles modérés, les incapacités

évidentes ou sévères étant moins susceptibles d'être omises par la personne qui les subit. À cet égard, la stagnation ou le faible accroissement des espérances de vie sans *gêne liée aux maladies ou handicaps*, qui semble englober des niveaux de sévérité modérés, pourrait être en partie liée à un repérage plus fréquent de ces gênes.

En résumé, ces estimations d'EVSI prises ensemble fournissent un solide panorama de la situation française. Durant la décennie 1980, les estimations pour la France montraient une compression de la période vécue en incapacité, pour différents niveaux de sévérité, y compris les plus modérés. Notre étude suggère que l'espérance de vie sans incapacité a bien continué d'augmenter en France, au cours de la dernière décennie, mais certainement pas avec l'am-

pleur indiquée par les estimations brutes, réalisées à partir des données de l'ESSM de 2002-2003. Les résultats présentés vont à l'encontre de l'hypothèse d'une pandémie des incapacités sévères pour ce qui concerne la France. Mais on ne peut pas confirmer la conclusion relative à la compression de la période vécue avec des troubles modérés à partir des données disponibles. La série chronologique correspondant à des difficultés de tous niveaux de sévérité ne s'inscrit pas dans une telle évolution. La répétition à l'avenir de batteries d'indicateurs plus précis, en particulier sur les limitations fonctionnelles, nous permettra d'affiner les observations et de mieux situer l'état de santé de la population française et son évolution. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- AUVRAY L., DOUSSINA A., LE FUR P., 2003, « Santé, soins et protection sociale en 2002 : Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) », France 2002, Série de résultats, Credes, pp. 179.
- CAMBOIS E., ROBINE J.-M., MORMICHE P., à paraître, « L'incapacité en France en 2002 : analyses autour de l'indicateur général d'incapacité de l'enquête santé ».
- CAMBOIS E., ROBINE J.-M., 2006, « L'incapacité et le handicap dans l'enquête santé 2002-2003 : diversité des approches et usage des indicateurs », Dossiers solidarité et santé, n° 2, avril-juin, La Documentation française, pp. 23-31.
- CAMBOIS E., ROBINE J.-M., ROMIEU I., 2005, « Risks of Restrictions in Personal Care Activities at Older Ages : Determining the Concurrent Role of Functional Limitations, Age, Sex and Place of Residence », Disability and Rehabilitation; 27(15):871-883.
- CAMBOIS E., ROBINE J.-M., BROUARD N., 1998, « Les espérances de vie appliquées à des statuts spécifiques : historique des indicateurs et des méthodes de calcul », Population, n° 3, mai-juin, INED, pp. 447-476.
- CRIMMINS E., 2004, « Trends in Health in the Elderly », Annual Reviews in Public Health, 25:79-98.
- CRIMMINS E., SAITO Y., INGEGNERI D., 1997, « Trends in Disability Free Life Expectancy in the United States. 1970-1990 », Population and Development Review, 23:555-572.
- DOUSSINA A., LE FUR P., DUMESNIL S., 2002, « Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) : méthode et déroulement en 2002 », Biblio, n° 1 401, décembre, pp. 208.
- Eurostat, 1997, ECHP Working Group : Response Rates for the First Three Waves of the ECHP. Doc PAN 92/97.
- FREEDMAN V. A., CRIMMINS E., SCHOENI R. F., SPILLMAN B. C., AYKAN H., KRAMAROW E., LAND K., LUBITZ J., MANTON K., MARTIN L. G., SHINBERG D., WAIDMAN T., 2004, « Resolving Inconsistencies in Trends in Old-Age Disability : Report from a Technical Working Group », Demography, 41(3):417-441.
- FREEDMAN V. A., MARTIN L. G., SCHOENI R. F., 2002, « Recent Trends in Disability and Functioning Among Older Adults in the United States : a Systematic Review », JAMA, 24:3137-46.
- FREEDMAN V. A., AYKAN H., MARTIN L. G., 2001, « Aggregate Changes in Severe Cognitive Impairment Among Older Americans: 1993 and 1998 », J Gerontol B Psychol Soc Sci, Mar; 56(2): S100-111.
- FREEDMAN V. A., MARTIN L. G., 1998, « Understanding Trends in Functional Limitations Among Older Americans », Am J Public Health, Oct; 88(10): 1457-1462.
- MANTON K.G., STALLARD E., CORDER L., 1997, « Education-specific Estimates of Life Expectancy and Age-specific Disability in the United States Elderly Population: 1982 to 1991 », J Aging Health, Nov; 9(4): 419-450.
- ROBINE J.-M., MICHEL J.-P., 2004, « Looking Forward to a General Theory on Population Aging », J Gerontol A Biol Med Sci, Jun; 59(6): M590-7.
- ROBINE J.-M., ROMIEU I., MICHEL J.-P., 2003, Trends in Health Expectancies in Robine J.-M., Jagger C., Mathers C., Crimmings E., Suzman R., Determining Health Expectancies, Chichester: John Wiley & Sons, Ltd : 75-101.
- ROBINE J.-M., MORMICHE P., 1994, « Estimation de la valeur de l'espérance de vie sans incapacité en France en 1991 », solidarité santé, n° 1, janvier-mars, pp. 17-36.
- SCHOENI R., FREEDMAN V., MARTIN L., 2004, « Socioeconomic and Demographic Disparities in Trends in Old-Ages Disability », Working paper, September.
- SCHOENI R. F., FREEDMAN V. A., WALLACE R. B., 2001, « Persistent, Consistent, Widespread, and Robust ? Another Look at Recent Trends in Old-Age Disability », J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci; 56(4):S206-18.
- SULLIVAN D. F., A Single Index of Mortality and Morbidity, 1971, HSMHA Health Rep, 86(4):347-354.

annexe

Espérances de vie et espérances de vie *sans handicap ou gêne dans la vie quotidienne*,
à 20 ans et à 65 ans à partir de l'enquête sur la santé et les soins médicaux
(1980-1981 ; 1991-1992 ; 2002-2003)

	Hommes			Femmes		
	1981	1991	2003	1981	1991	2003
<i>À 20 ans</i>						
EV	51,8	54,0	56,6	59,5	62,0	63,7
EVSI	42,9	45,5	50,5	47,4	49,9	55,1
EVSI % EV	83%	84%	89%	80%	80%	87%
<i>À 65 ans</i>						
EV	13,9	15,7	17,1	18,2	20,1	21,5
EVSI	8,8	10,1	13,5	9,6	12,0	16,1
EVSI % EV	63%	64%	79%	53%	59%	75%

Espérances de vie et espérances de vie *sans gêne liée à une maladie ou à un handicap*,
à 20 ans et à 65 ans à partir du panel européen des ménages
(de 1995 à 2001)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Hommes							
<i>À 20 ans</i>							
EV	54,7	54,9	55,4	55,5	55,8	56,1	56,3
EVSI	41,2	40,8	41,3	40,8	41,6	41,7	41,8
EVSI % EV	75%	74%	75%	73%	75%	74%	74%
<i>À 65 ans</i>							
EV	16,09	16,12	16,32	16,39	16,5	16,72	16,91
EVSI	7,3	7,1	7,4	7,0	7,4	7,7	7,8
EVSI % EV	46%	44%	46%	43%	45%	46%	46%
Femmes							
<i>À 20 ans</i>							
EV	62,6	62,7	62,9	63	63,1	63,4	63,5
EVSI	43,7	43,7	44,2	43,9	44,0	44,2	44,1
EVSI % EV	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%
<i>À 65 ans</i>							
EV	20,64	20,72	20,88	20,94	20,99	21,22	21,37
EVSI	8,1	8,3	8,7	8,5	7,9	8,4	8,3
EVSI%EV	39%	40%	42%	41%	38%	39%	39%

Espérances de vie et espérances de vie *sans difficulté à se déplacer, tous niveaux de sévérité confondus*,
à 20 ans et à 65 ans à partir de l'enquête sur la santé et la protection sociale
(1988-1991 ; 1995-1995 ; 1996-1998 ; 2000-2002)

	Hommes				Femmes			
	1995	1996	1997	1998	1995	1996	1997	1998
<i>À 20 ans</i>								
EV	53,9	54,6	55,4	56,3	61,8	62,6	62,9	63,5
EVSI	49,5	50,2	51,0	51,2	54,5	55,1	54,9	55,6
EVSI % EV	92%	92%	92%	91%	88%	88%	87%	88%
<i>À 65 ans</i>								
EV	15,56	16,16	16,32	16,91	19,93	20,7	20,88	21,37
EVSI	11,6	12,3	12,6	12,9	13,9	14,2	14,0	14,7
EVSI % EV	75%	76%	77%	76%	70%	69%	67%	69%

Espérances de vie et espérances de vie sans difficulté sévère à se déplacer
à 20 ans et à 65 ans à partir de l'enquête sur la santé et la protection sociale
(1988-1991 ; 1995-1995 ; 1996-1998 ; 2000-2002)

	Hommes				Femmes			
	1995	1996	1997	1998	1995	1996	1997	1998
<i>À 20 ans</i>								
EV	53,9	54,6	55,4	56,3	61,8	62,6	62,9	63,5
EVSI	52,5	53,2	54,1	54,8	59,1	59,8	60,4	60,7
EVSI % EV	97,4%	97,3%	97,7%	97,4%	95,7%	95,5%	96,0%	95,6%
<i>À 65 ans</i>								
EV	15,6	16,2	16,3	16,9	19,9	20,7	20,9	21,4
EVSI	14,1	14,7	15,1	15,5	17,4	18,0	18,4	18,8
EVSI % EV	91%	91%	92%	92%	87%	87%	88%	88%

Espérances de vie et espérances de vie sans difficulté à faire sa toilette,
à 20 ans et à 65 ans à partir de l'enquête sur la santé et la protection sociale
(1988-1991 ; 1995-1995 ; 1996-1998 ; 2000-2002)

	Hommes				Femmes			
	1995	1996	1997	1998	1995	1996	1997	1998
<i>À 20 ans</i>								
EV	53,9	54,6	55,4	56,3	61,8	62,6	62,9	63,5
EVSI	51,3	52,7	53,3	54,6	57,4	58,7	58,8	60,1
EVSI % EV	95%	97%	96%	97%	93%	94%	93%	95%
<i>À 65 ans</i>								
EV	15,6	16,2	16,3	16,9	19,9	20,7	20,9	21,4
EVSI	13,2	14,4	14,3	15,4	16,2	17,1	17	18,3
EVSI % EV	85%	89%	88%	91%	81%	83%	82%	86%

L'INCAPACITÉ ET LE HANDICAP DANS L'ENQUÊTE SANTÉ 2002-2003 : diversité des approches et usages des indicateurs

Emmanuelle CAMBOIS* et Jean-Marie ROBINE**

* INED

** INSERM, Démographie et Santé

Dans les enquêtes santé en population, l'incapacité peut être mesurée à partir d'approches diverses : le handicap ressenti, la santé fonctionnelle, la dépendance, la reconnaissance administrative du handicap... De chacune de ces dimensions découlent des besoins en matière de soins et d'assistance spécifiques. Cette étude compare les réponses à quatre questions générales de l'enquête sur la santé et les soins médicaux de 2002-2003, qui sont analysées au regard d'informations issues d'un module détaillé sur les problèmes fonctionnels et les gênes dans les activités du quotidien. Selon les critères retenus, 2,5 à 6,5 millions de personnes seraient en situation d'incapacité, allant de la « reconnaissance administrative d'un handicap » aux « limitations d'activités de long terme » ou au handicap ressenti. L'analyse montre que la question sur la « reconnaissance administrative du handicap » serait plutôt limitée aux restrictions d'activité. Celle sur les « handicaps ou gênes dans la vie quotidienne » se révèle assez restrictive et recouvre plutôt des formes d'incapacité sévères ou reconnues. Enfin, les « limitations d'activité de long terme » et le fait de « considérer avoir un handicap » reflètent des problèmes fonctionnels divers touchant ou non les activités quotidiennes.

Le recul de la mortalité de ces dernières décennies a touché tous les âges de la vie, y compris les plus élevés. Il a aussi concerné en partie des personnes touchées par des maladies mieux prises en charge et moins létales. La baisse de la mortalité a ainsi accru la part de personnes très âgées et potentiellement fragiles. Aujourd'hui, la population âgée présente plus souvent que la moyenne des troubles de la marche, de la vision, des problèmes de mémoire... Elle est ainsi souvent confrontée aux conséquences de ces troubles, telles que l'incapacité à s'occuper seule des tâches ménagères ou encore à accomplir des activités élémentaires comme les soins personnels (toilette, habillage...). Dans ce contexte, les études se sont attachées à déterminer si l'allongement de l'espérance de vie se traduisait par un meilleur état de santé général de la population ou si les années de vie gagnées l'étaient au prix de problèmes fonctionnels plus fréquents (Cambois *et al.*, 2006).

DIFFÉRENTES MESURES DE L'INCAPACITÉ ET DU HANDICAP DANS L'ENQUÊTE SANTÉ 2002-2003

Ainsi, une question essentielle de santé publique est d'évaluer le nombre de personnes qui se trouvent en situation de handicap. Déficiences, incapacités, perte d'autonomie sont abordées dans des enquêtes santé en population afin d'en surveiller l'évolution et d'évaluer l'ampleur des besoins en matière de prise en charge. Elles renseignent parfois aussi sur les aides techniques qui permettent de compenser les déficiences, l'aide humaine apportée au quotidien lorsque les difficultés fonctionnelles induisent des gênes dans les activités. Elles peuvent également appréhender la reconnaissance administrative de ces difficultés et l'apport de dispositifs visant à rendre plus autonomes. Les différentes approches ne repèrent toutefois pas les mêmes populations, même si des recouvrements existent (Ravaud *et al.*, 2002) et ne répondent pas nécessairement aux mêmes problématiques. L'étude de l'incapacité passe ainsi par la

mesure de ses différentes dimensions pour comprendre et influencer sur les mécanismes conduisant de la maladie à la perte d'autonomie. À la fin des années 1990, une enquête en population générale a permis d'explorer les situations de handicap à travers les déclarations des personnes interrogées sur de nombreux aspects (enquête Handicap-Incapacités-Dépendance – HID) [Brouard et Roussel, 2005].

De nouvelles données, moins détaillées, sont aujourd'hui disponibles avec l'enquête décennale 2002-2003 sur la santé et les soins médicaux (ESSM) [encadré 1]. Cette enquête comprend quatre questions générales abordant l'incapacité sous des angles différents : une question générale, posée à l'ensemble du ménage pour chacun de ses membres, interroge sur

les « *handicaps ou gênes dans la vie quotidienne* » (*y a-t-il dans le ménage des personnes handicapées ou ayant de simples gênes ou difficultés dans la vie quotidienne ?*); trois questions interrogent individuellement les personnes sur les « *limitations d'activité de long terme* » (*avez-vous des limitations depuis plus de 6 mois dans les activités que les gens font habituellement ?*), sur le fait de « *considérer avoir un handicap* » et sur la « *reconnaissance administrative d'un handicap* » déclarée par la personne, qu'elle soit liée à l'inactivité professionnelle, à des allocations pour personnes handicapées, aux aides à l'autonomie pour les personnes âgées... (encadré 2).

Parallèlement à ces questions générales, on dispose d'un module plus détaillé d'une dizaine de

ENCADRÉ 1 ●

L'ENQUÊTE SANTÉ 2002-2003

L'enquête sur la santé et les soins médicaux 2002-2003, comme les précédentes, porte sur la population des ménages ordinaires. Cette enquête vise à relever les consommations en soins et en consultations. De ce fait, elle est bâtie sur une méthodologie particulière dans laquelle l'enquêteur se rend dans les ménages de l'échantillon à plusieurs reprises : cinq fois sur une période de trois mois pour les enquêtes de 1980-1981 et 1991-1992; trois fois en deux mois pour l'enquête de 2002-2003. Chacune des visites est l'occasion d'un relevé des consommations médicales et des pathologies mais aussi d'information sur l'état de santé ressenti, la prévention, les comportements à risque.

Pour l'enquête 2002-2003, l'échantillon rencontré par les enquêteurs pour la première visite comporte 40 832 personnes vivant en ménage ordinaire en France métropolitaine (78 % des ménages initialement tirés au sort et dans le champs de l'enquête). Parmi ces personnes, 39 903 ont répondu à l'ensemble du questionnaire de cette visite. L'échantillon subit ensuite une attrition entre la première et la troisième visite, plus importante que dans l'édition de 1991-1992. Les enquêteurs ont finalement obtenu 35 080 questionnaires complets. Un système de pondération redresse l'échantillon de troisième visite en fonction des caractéristiques des personnes « perdues de vue ».

Le volet sur les problèmes de santé fonctionnels ne concerne que les personnes majeures et déclarées aptes à répondre lors de la première visite. Pour les analyses utilisant des variables de la troisième visite, l'effectif atteint 26 126 personnes âgées de 18 ans ou plus. Dans cette étude, nous travaillons sur les personnes de 20 ans ou plus lorsqu'on utilise les données de la troisième visite; nous apporterons aussi une attention particulière aux plus âgés (65 ans ou plus).

Les indicateurs de l'enquête santé ne sont pas directement comparables avec ceux issus de l'enquête HID du fait d'objectifs et de méthodes d'enquête différentes. Les indicateurs de l'enquête santé ont pour mission de fournir une information synthétique permettant de faire le point sur l'état de santé fonctionnel de la population et pouvant être croisée avec les autres thèmes de l'enquête santé, tels que les consommations médicales, la prévention, le recours au soin... Les questions et indicateurs dans l'enquête santé comme dans l'enquête HID ont donc chacun une représentation propre de situations d'incapacité et de handicap (Ville et al., 2003).

ENCADRÉ 2 ●

LES INDICATEURS D'INCAPACITÉ ET DE HANDICAP DANS L'ENQUÊTE SANTÉ 2002-2003

Handicaps ou gênes dans la vie quotidienne (question posée à une personne du ménage pour chacun de ses membres; première visite):

« *Y a-t-il dans le ménage des personnes handicapées ou ayant simplement quelques gênes ou difficultés dans la vie quotidienne ?* » (ne pas tenir compte des gênes ou handicaps momentanés, par exemple *jambes plâtrées à la suite de fracture*) Réponses : oui ; non.

Limitations d'activité depuis au moins 6 mois (question individuelle; première visite):

« *Êtes-vous limité depuis au moins 6 mois dans les activités que les gens font habituellement ?* » Réponses : oui ; non.

Handicap ressenti (question individuelle; troisième visite après le module sur les limitations fonctionnelles et restrictions d'activité):

« *Considérez-vous que vous avez un handicap ?* » Réponses : oui ; non.

Reconnaissance administrative d'un handicap (question individuelle; troisième visite après le module sur les limitations fonctionnelles et restrictions d'activité):

« *Avez-vous une reconnaissance officielle d'un handicap ou d'une invalidité (carte d'invalidité, pension, allocation, rente, capital, admission dans un établissement spécialisé) ?* » Réponses : oui ; demande en cours ; demande refusée ; pas de demande.

questions. Elles abordent l'incapacité à travers la dimension de la santé fonctionnelle, c'est-à-dire les répercussions de maladies ou accidents sur les fonctions des personnes (pour voir, marcher, se baisser...), et sur leurs capacités à accomplir les activités de la vie quotidienne (activités domestiques, soins personnels). Ce module de questions interroge les altérations des fonctions physiques ou sensorielles de la personne (limitations fonctionnelles) et les difficultés à réaliser les activités du quotidien (restrictions d'activité) [encadré 3]. En matière de restrictions d'activité, on dispose aussi de questions relatives aux interruptions ou arrêts définitifs de l'activité professionnelle liés à la santé. Par ailleurs, d'autres questions renseignent sur les maladies chroniques, potentiellement invalidantes, à travers une question de déclaration spontanée de ce type d'affection et d'une question sur la couverture médicale liée à ces pathologies.

Comme les questions générales, ce module repose sur la déclaration des personnes et non sur un exa-

men de leur état de santé. Toutefois, les réponses permettent d'appréhender les atteintes et difficultés vécues par les personnes et renseignent sur leur expérience au regard des troubles fonctionnels ressentis. Une combinaison des questions aboutit à l'élaboration d'un indicateur à cinq niveaux, reflétant chacun des difficultés plus ou moins lourdes en termes de gênes : ne déclarer aucune maladie ni problèmes fonctionnels ; des maladies ou problèmes fonctionnels sensoriels ou physiques compensés (par des aides techniques) sans restriction dans les activités du quotidien ; au moins un problème fonctionnel non compensé mais sans restriction dans les activités du quotidien ; des difficultés pour au moins une activité du quotidien (tâches ménagères, activité professionnelle, soins personnels) ; des difficultés pour une activité de soins personnels. Ce dernier niveau reflète un état de santé fonctionnel très dégradé, avec un besoin de prise en charge important, les activités de soins personnels étant celles pour lesquelles l'autonomie est conservée le plus longtemps.

ENCADRÉ 3 ●

RESTRICTIONS D'ACTIVITÉ ET LIMITATIONS FONCTIONNELLES

- Les restrictions dans les activités du quotidien (difficultés ou besoins d'aides pour accomplir les activités de soins personnels, tâches domestiques, activité professionnelle). C'est souvent sur la base de tels indicateurs qu'on apprécie les besoins en matière de soins et d'assistance aux personnes. En effet, de telles restrictions peuvent induire la mise en place d'une aide à domicile, formelle ou informelle, voire le placement dans une institution lorsqu'il n'est pas possible de faire face au domicile. L'enquête interroge sur des restrictions d'activité professionnelle (pour des raisons de santé : ne pas avoir d'activité professionnelle et/ou être à temps partiel et/ou avoir changé de travail et/ou avoir interrompu son activité professionnelle plus de 6 mois) ; des restrictions dans les activités domestiques pour ceux qui ont à les effectuer (ménage, courses, repas, affaires courantes, prendre les médicaments, téléphoner) ; des restrictions dans les activités de soins personnels (faire sa toilette, s'habiller, aller aux toilettes, manger, se coucher et se lever du lit).

- Les limitations fonctionnelles sensorielles et physiques (difficultés pour exécuter des gestes qui sollicitent les fonctions physiques ou sensorielles). Les questions rendent compte des limitations fonctionnelles de locomotion (difficulté à marcher, monter les escaliers, soulever et porter un paquet), de souplesse et manipulation (difficultés à s'agenouiller, à attraper un objet, à ouvrir un robinet), sensorielles (difficultés à entendre une conversation, à voir de près et à voir de loin). On peut distinguer les limitations fonctionnelles compensées (qui ne sont plus ressenties avec l'utilisation d'une aide technique), des limitations fonctionnelles résiduelles (difficultés y compris avec l'utilisation d'une aide).

prévalence des restrictions d'activité et limitations fonctionnelles dans l'enquête santé 2002-2003

en %

	Hommes		Femmes	
	20 ans ou plus	65 ans ou plus	20 ans ou plus	65 ans ou plus
Avoir une restriction pour une activité de soin personnel	2,8	9,0	4,3	12,4
Avoir une restriction pour une activité domestique	5,0	15,0	11,0	32,0
Avoir une limitation fonctionnelle résiduelle	24,5	57,4	29,2	64,0

Nous avons construit un indicateur de santé à partir de ces questions. On s'est basé pour ce faire sur les modèles de développement de l'incapacité et sur l'effet d'emboîtement des problèmes de santé (Robine et al., 1997 ; Cambois et al., 2005). L'indicateur comprend cinq niveaux reflétant des situations et besoins d'aide différents : (1) pas de maladies ou troubles chroniques et fonctionnels ; (2) des maladies, troubles ou limitations fonctionnelles que les personnes parviennent à compenser ; (3) des limitations fonctionnelles qui ne sont pas compensées, sans qu'elles s'accompagnent de restrictions dans les activités ; (4) des restrictions d'activité (professionnelles ou domestiques) mais pas pour les soins personnels ; (5) des restrictions d'activité, plus sévères et donc moins fréquentes, pour les soins personnels. Cet emboîtement n'est pas systématique et certaines restrictions d'activité ne s'accompagnent d'aucune maladie ou limitation fonctionnelle identifiée ; il représente cependant la majorité des situations et il permet dans le cadre de cette étude d'illustrer les différents stades du processus de développement de l'incapacité pour situer les indicateurs généraux au sein de ce processus.

Ces questions de l'ESSM 2002-2003 visent toutes à repérer des personnes rencontrant des problèmes fonctionnels ou de handicap. Mais selon la formulation de la question et l'approche qu'elle recouvre, les situations des personnes qu'elles repèrent diffèrent grandement. Cette étude vise à décrire l'incapacité sous ses différentes dimensions. Elle vise aussi à présenter et à comparer les quatre questions générales (gênes ou handicaps, reconnaissance administrative, limitations d'activité de long terme et considérer avoir un handicap) pour mieux comprendre les besoins en matière de soins ou assistance qu'elles recouvrent. Pour ce faire, on se propose de décrire les difficultés que rencontrent les personnes enquêtées en les croisant avec les différents niveaux de difficultés représentés par l'indicateur de santé fonctionnelle.

DE 2,5 À 6,5 MILLIONS DE PERSONNES EN SITUATION D'INCAPACITÉ SELON L'APPROCHE UTILISÉE

Parmi les personnes de 20 ans ou plus vivant à domicile, près de 7 % des hommes et 6 % des femmes déclarent avoir une *reconnaissance administrative d'un handicap*, soit environ 2,5 millions de personnes. Respectivement 14 % et 16 % déclarent une *limitation d'activité de long terme* et à peu près autant considèrent *avoir un handicap*, soit environ 6,5 millions de personnes. La question générale sur les « *handicaps ou gênes dans la vie quotidienne* », posée à une personne qui répond pour chacun des membres du ménage, repère 7 % des hommes et 8 % des femmes, soit un peu plus de 3 millions de personnes de 20 ans ou plus.

Quelle que soit l'approche utilisée, la progression des problèmes fonctionnels avec l'âge est forte : les prévalences doublent lorsqu'on considère les personnes les plus âgées (de 65 ans ou plus) [tableau 1]. Seule la reconnaissance administrative du handicap connaît une augmentation plus modeste avec l'âge, en particulier pour les femmes.

Par ailleurs, 23 % des femmes et 30 % des hommes de 20 ans ou plus ne déclarent aucune maladie ou problème fonctionnel (tableau 2). Les autres enquêtés ont déclaré des maladies ou problèmes fonctionnels, que ceux-ci aient ou non des répercussions sur leurs activités quotidiennes : 42 % des femmes et 39 % des hommes déclarent ainsi des maladies ou limitations fonctionnelles mais qui ne sont plus ressenties lorsque des corrections ou aides techniques sont utilisées ; 15 % des femmes et des hommes déclarent des limitations fonctionnelles physiques ou sensorielles non compensées ou pas suffisamment (par des lunettes, canne, prothèses auditives...), mais sans répercussion sur les activités du quotidien ; 16 % des femmes et 13 % des hommes rencontrent des difficultés pour les tâches domestiques ou dans leurs activités professionnelles mais sans avoir de difficultés avec les soins personnels ; enfin, respectivement 4 % et 3 % sont concernés par la forme la plus sévère de restrictions d'activité, en déclarant des difficultés pour accomplir les activités de soins personnels (tableau 2).

Bien que les questions ne soient pas directement comparables avec celles de l'enquête HID de 1999, les ordres de grandeur restent similaires avec ces différents indicateurs (encadré 4) : dans l'enquête HID, la déclaration de limitations fonctionnelles ou de restrictions d'activité, toutes questions confondues, concernait 21 % des personnes de plus de 16 ans vivant en ménages ordinaires, les difficultés pour les activités de soins personnels (toilette, habillage, alimentation) 2 % de ces personnes et la reconnaissance administrative du handicap 8 % d'entre elles.

Le tableau 2 croise les quatre questions générales (gênes ou handicaps ; limitations d'activité de long terme ; reconnaissance du handicap ; considérer avoir un handicap) et les différents niveaux de l'indicateur de santé fonctionnelle. Les personnes qui se reconnaissent dans ces questions générales ne présentent pas les mêmes difficultés fonctionnelles et gênes face aux activités du quotidien.

TABLEAU 1 ●

prévalence de l'incapacité à partir de quatre questions générales
de l'enquête sur la santé et les soins médicaux de 2002-2003

en %

	Hommes		Femmes	
	20 ans ou plus	65 ans ou plus	20 ans ou plus	65 ans ou plus
Être gêné ou handicapé dans la vie quotidienne	7,2	15,5	8,0	16,5
Être limité depuis plus de 6 mois dans les activités	13,8	28,5	16,5	32,8
Considérer avoir un handicap	14,7	29,9	15,4	32,7
Avoir une reconnaissance administrative d'un handicap	6,8	10,7	5,7	6,8

LES LIMITATIONS D'ACTIVITÉ DE LONG TERME CORRESPONDENT À DES PROBLÈMES FONCTIONNELS DE DIFFÉRENTES NATURES ET SÉVÉRITÉS

La question sur les *limitations d'activité de long terme* sélectionne près de 14 % des hommes et 16 % des femmes de 20 ans ou plus (environ 28 % et 33 % respectivement parmi les plus de 65 ans). Environ 80 % des personnes repérées comme ayant des *limitations d'activité de long terme* déclarent des problèmes fonctionnels physiques et sensoriels non compensés, qu'ils affectent le fonctionnement dans les activités ou non. Plus de la moitié des personnes qui déclarent des *limitations d'activité de long terme* rencontre des difficultés pour accomplir les activités de soins personnels ou les activités domestiques ou professionnelles (54 % des hommes et 62 % des femmes); une sur cinq déclare des problèmes de vue, d'ouïe ou encore de locomotion, problèmes non compensés par une aide technique, sans qu'elles ren-

contrent de difficultés majeures dans les activités quotidiennes (21 % et 20 %) et une personne sur cinq déclare seulement des problèmes de santé chroniques ou fonctionnels qu'elle est parvenue à compenser (20 % et 16 %).

Si la plupart des personnes qui déclarent des *limitations d'activité de long terme* ont des limitations fonctionnelles ou des restrictions d'activité, *a contrario*, une partie seulement des personnes qui éprouvent des limitations fonctionnelles ou des restrictions d'activité se reconnaissent dans la question sur les *limitations d'activité de long terme*: un peu plus de 60 % de ceux qui ont des restrictions dans les activités domestiques et 74 % de ceux qui ont des restrictions pour les soins personnels.

À problèmes fonctionnels équivalents, on constate que certains facteurs sociodémographiques influencent la réponse à la question sur les *limitations d'activité de long terme* (tableau 3)¹. Toutes choses égales par ailleurs, les femmes ont tendance à se sentir plus concernées que les hommes par l'approche

TABLEAU 2 ●

état de santé fonctionnel des personnes avec et sans incapacité à travers les différentes approches de l'incapacité
hommes et femmes de 20 ans ou plus

Hommes de 20 ans ou plus	Limitations d'activités		Gênes ou handicaps		Considérer avoir un handicap		Reconnaissance administrative du handicap		Tous
	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	
	Restrictions pour les soins personnels	1	15	1	22	1	15	2	
Restrictions activités domestiques et professionnelles	9	39	11	44	9	38	10	51	13
Limitations fonctionnelles non compensées	14	21	14	17	13	24	14	16	15
Tous problèmes chroniques ou fonctionnels compensés	42	20	41	12	43	19	41	14	39
Aucun des problèmes considérés	34	4	32	5	35	3	32	3	30
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Femmes de 20 ans ou plus	Limitations d'activité		Gênes ou handicaps		Considérer avoir un handicap		Reconnaissance administrative du handicap		Tous
	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	
	Restrictions pour les soins personnels	1	21	2	29	1	23	3	
Restrictions activités domestiques et professionnelles	11	41	14	43	11	39	14	50	16
Limitations fonctionnelles non compensées	15	20	16	12	14	23	16	11	15
Tous problèmes chroniques ou fonctionnels compensés	46	16	44	13	47	13	43	11	42
Aucun des problèmes considérés	27	3	24	3	27	2	24	2	23
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100

1. Le tableau 3 présente le résultat d'une régression logistique multivariée qui mesure la propension à répondre positivement aux quatre questions générales et les variations selon différents facteurs (sexe, âge, statut social, état de santé...). Dans cette étude, l'analyse vise à montrer l'impact spécifique: 1) des différentes situations d'incapacité (représentées par les niveaux de l'indicateur); 2) des facteurs sociodémographiques (âge, sexe, niveau d'instruction, catégorie socioprofessionnelle et reconnaissance administrative). Un *odd ratio* supérieur à 1 indique que le facteur étudié (par exemple « n'avoir aucun diplôme ») accroît le risque de répondre positivement à la question considérée, toutes choses égales par ailleurs (état de santé, âge, sexe...). Si les *odd ratios* ne sont pas différents de 1, on en déduit qu'à situation équivalente, en particulier du point de vue de la santé fonctionnelle, il n'y a pas de différence selon les facteurs considérés dans la manière de répondre à la question; la population repérée est représentative de la population éligible, même si une partie des personnes éligibles n'est pas repérée par la question.

de la question sur les *limitations d'activité de long terme*. En revanche, à situation équivalente, il n'y a pas de différence liée à la catégorie socioprofessionnelle ou au niveau d'instruction (considérés simultanément ou séparément dans le modèle). On introduit aussi dans le modèle le fait d'avoir (ou d'attendre) une reconnaissance de handicap : on considère en effet qu'un statut « officialisé » de déficience ou d'incapacité peut inciter à répondre positivement aux questions générales. Effectivement, toutes choses égales par ailleurs, la reconnaissance administrative accroît la propension à déclarer des *limitations d'activité de long terme*. Mais globalement, parmi les personnes qui déclarent des restrictions d'activités ou des limitations fonctionnelles, celles qui se reconnaissent dans la question sur les *limitations d'activité de long terme* ne se différencient que peu de celles qui déclarent ne pas en avoir.

LES HANDICAPS OU GÊNES DANS LA VIE QUOTIDIENNE REFLÈTENT DES FORMES D'INCAPACITÉ SÉVÈRE ET DE DÉSAVANTAGE

À la suite des questions générales sur les caractéristiques sociodémographiques du ménage, la ou les personnes qui renseigne(nt) cette partie désigne(nt) les personnes qui ont des *handicaps ou gênes dans la vie quotidienne*. Au total, 7 % des hommes et 8 % des femmes de 20 ans ou plus sont repérés par cette question. Parmi ces personnes, 83 % des hommes et 84 % des femmes déclarent ensuite des restrictions dans leurs activités du quotidien ou des troubles fonctionnels non compensés (tableau 2). 66 % des hommes et 72 % des femmes de 20 ans ou plus (respectivement 68 % et 79 % des 65 ans ou plus) ont des restrictions d'activité, plus du tiers sont des formes sévères touchant les soins personnels (se nourrir, toilette, s'habiller...). Et 17 % des hommes et 12 % des femmes, même s'ils n'ont pas de restrictions d'activité, ressentent des limitations fonction-

nelles physiques ou sensorielles qui ne sont pas compensées par des aides techniques.

La population repérée ici présente en moyenne des atteintes déclarées plus sévères, en termes de répercussions sur les activités de la vie quotidienne, que celle repérée par la question générale sur les *limitations d'activité de long terme*. Pour autant, les *handicaps ou gênes dans la vie quotidienne*, avec une faible prévalence, ne repèrent qu'un tiers des personnes qui déclarent ensuite des restrictions d'activité ou des limitations fonctionnelles.

Les personnes repérées comme ayant des *handicaps ou gênes dans la vie quotidienne* par cette question, posée à un membre du ménage, diffèrent de celles qui n'ont pas été repérées par cette question (tableau 3) : à problèmes fonctionnels équivalents, les personnes repérées ont plus souvent cessé précocement leur scolarité ou n'ont pas fait du tout d'études, ont une profession manuelle sans qualification ou pas d'activité professionnelle (hors retraite). La reconnaissance administrative d'un handicap incite aussi à répondre positivement à cette question, toutes choses égales par ailleurs. On constate aussi que les femmes sont moins souvent repérées par la question sur les *handicaps ou gênes dans la vie quotidienne* que les hommes lorsqu'on tient compte de l'état de santé fonctionnel et de l'âge. Toutefois, la différence entre sexes disparaît dès lors qu'on introduit la reconnaissance administrative du handicap dans le modèle. Les hommes ayant plus souvent acquis ce statut, la prise en compte de ce paramètre, qui incite davantage d'hommes à être repérés par cette question, ramène la propension au même niveau à difficultés fonctionnelles équivalentes (tableau 3). Globalement, les résultats soulignent pour cette question l'importance d'un handicap avéré, soit administrativement, soit par une situation sociale particulière liée à un problème de santé, comme l'inactivité professionnelle (hors retraite), une scolarité interrompue prématurément ou l'absence de qualification.

ENCADRÉ 4 ●

L'INCAPACITÉ D'APRÈS L'ENQUÊTE HANDICAP-INCAPACITÉS-DÉPENDANCE

D'après l'enquête HID, les groupes de questions équivalents donnent les prévalences suivantes pour la population des ménages ordinaires, 16 ans et plus (1999) :

- *Avoir au moins une incapacité (limitations fonctionnelles et/ou restrictions d'activité) : 21 %*
- *Reconnaissance administrative d'un handicap : 8 %*
- *Difficulté pour réaliser sans aide toilette, habillage, alimentation : 2 %*
- *Difficulté pour réaliser sans aide tâches ménagère et gestion : 5 % (hommes) et 7 % (femmes)*

Ville et al., 2003 et Mormiche et al., 2000 (repris dans Brouard et Roussel, 2005).

La question sur les *handicaps ou gênes dans la vie quotidienne*, en questionnement « ménage » et en ouverture d'enquête, s'apparenterait à un « filtre » repérant, parmi les personnes ayant des problèmes fonctionnels, les cas d'incapacité et de handicap « évidents » de par leur sévérité, leur ancienneté ou parce qu'admis et reconnus par la personne et son entourage (Cambois *et al.*, à paraître); cette question exprime une forme de désavantage social.

**LE FAIT DE CONSIDÉRER
 AVOIR UN HANDICAP EST ÉTROITEMENT
 LIÉ À LA DÉCLARATION PRÉALABLE
 DE PROBLÈMES FONCTIONNELS
 ET DE RESTRICTIONS D'ACTIVITÉ**

La question sur le fait de *considérer avoir un handicap* concerne 15 % des hommes et femmes de plus de 20 ans. Les personnes qui *considèrent avoir un handicap*, comme celles qui déclarent une *limitation d'activité de long terme*, ont pour la plupart des restrictions d'activité (53 % des hommes et 62 % des femmes) mais ont aussi des problèmes

physiques ou sensoriels, en dépit de l'utilisation d'aides techniques, sans qu'il y ait de répercussion sur les activités (24 % et 23 %) [tableau 2]. Cette question repère 65 % des personnes qui ont une restriction pour les activités domestiques (plus de 82 % pour les soins personnels), et ce parmi les plus de 20 ans comme parmi les plus de 65 ans. Ainsi, cette question est plus largement représentative que les deux autres questions générales des personnes qui déclarent par la suite individuellement des restrictions dans leurs activités et des troubles physiques ou sensoriels. La question « *considérer avoir un handicap* » fait suite, dans le questionnaire, au module détaillé sur les difficultés sensorielles et physiques et les restrictions d'activité. Elle semble présenter une « synthèse » faite par la personne elle-même des difficultés qu'elle a déclarées à travers le module.

Mais là encore, les réponses restent, toutes choses égales par ailleurs, influencées par des facteurs sociodémographiques. Le fait de n'avoir pas fait d'étude, qui peut être dû à la mauvaise santé, diminue la propension à « *considérer avoir un handicap* »,

TABLEAU 3 ●
 déterminants de la déclaration de problèmes fonctionnels à travers les quatre questions générales
 (régression logistique multivariée)

	Limitations d'activité	Gênes ou handicaps	Considérer avoir un handicap	Reconnaissance administrative du handicap
Une année d'âge additionnelle	1,01 [1,01-1,02]	1,02 [1,02-1,03]	1,02 [1,02-1,02]	1,0 [0,99-1,0]
Femmes (vs hommes)	1,1 [1,0-1,2]	0,9 [0,8-1,1]	1,0 [0,9-1,1]	0,5 [0,4-0,6]
Démarche en cours (vs reconnaissance)	1,5 [1,0-2,4]	0,6 [0,4-1,0]	0,6 [0,3-0,9]	
Démarche non aboutie	0,7 [0,4-1,1]	0,5 [0,3-0,8]	0,8 [0,5-1,4]	
Pas de démarche	0,2 [0,2-0,3]	0,2 [0,1-0,2]	0,1 [0,1-0,1]	
Professions intermédiaires (vs cadres sup.)	1,0 [0,8-1,2]	0,9 [0,7-1,2]	1,0 [0,8-1,2]	1,1 [0,8-1,5]
Agriculteurs exploitants	0,9 [0,7-1,2]	1,0 [0,7-1,4]	1,4 [1,1-1,8]	0,7 [0,5-1,0]
Indépendants (commerçants...)	1,0 [0,8-1,3]	0,9 [0,7-1,3]	1,0 [0,8-1,3]	0,8 [0,6-1,2]
Employés	0,9 [0,7-1,1]	1,1 [0,8-1,4]	1,0 [0,8-1,2]	1,2 [0,9-1,6]
Ouvriers qualifiés	0,9 [0,8-1,2]	0,9 [0,7-1,2]	1,1 [0,9-1,3]	1,2 [0,9-1,6]
Ouvriers non qualifiés	1,1 [0,9-1,4]	1,4 [1,0-1,9]	1,0 [0,8-1,3]	1,2 [0,9-1,7]
Inactifs (autres)	1,4 [0,8-2,5]	2,0 [1,0-3,8]	1,6 [0,9-2,8]	4,2 [2,3-7,8]
Inactifs « au foyer »	1,0 [0,7-1,4]	1,9 [1,2-3,0]	1,4 [1,0-1,9]	1,0 [0,6-1,7]
NA	1,7 [0,3-9,6]	13,0 [3,0-57]	1,7 [0,2-11]	1,8 [0,2-17]
Moins que CEP (vs aucune scolarité)	1,0 [0,7-1,5]	0,3 [0,2-0,4]	1,2 [0,8-1,8]	1,0 [0,6-1,5]
Collège	1,2 [0,9-1,7]	0,2 [0,1-0,3]	1,6 [1,1-2,3]	0,9 [0,6-1,3]
Lycée et formation professionnelle et technique	1,3 [0,9-1,9]	0,2 [0,1-0,3]	1,5 [1,0-2,2]	0,9 [0,6-1,4]
Études sup. et formation prof. et tech. longue	1,1 [0,8-1,6]	0,2 [0,1-0,3]	1,5 [1,0-2,2]	0,7 [0,4-1,1]
Problèmes chroniques et fonctionnels seuls	3,1 [2,3-4,1]	2,0 [1,3-3,0]	2,8 [2,1-3,7]	3,2 [2,0-4,9]
Au moins un problème fonctionnel résiduel	9,0 [6,8-12]	4,5 [2,9-6,9]	11,0 [8,2-15]	9,4 [6,0-15]
Au moins une restriction d'activité (domestique ou professionnelle)	22,0 [16-28]	13,0 [8,7-20]	19,0 [15-26]	45,0 [29-69]
Au moins une restriction de soins personnels	62,0 [45-86]	33,0 [21-51]	104,0 [73-147]	105,0 [65-166]

Lecture : en contrôlant sur les problèmes fonctionnels, l'âge, le niveau d'instruction et la catégorie socioprofessionnelle, les femmes ont une moindre proportion que les hommes à avoir une reconnaissance administrative de handicap.

alors qu'être agricultrice ou inactif au foyer l'accroît, à problèmes fonctionnels équivalents (tableau 3); les autres professions ne se distinguent pas les unes des autres. Pour cette question aussi, la reconnaissance administrative influence la réponse à la question sur le fait de « *considérer avoir un handicap* ».

LA RECONNAISSANCE ADMINISTRATIVE D'UN HANDICAP EST MOINS FRÉQUENTE POUR LES FEMMES MAIS EN AUGMENTATION APRÈS 70 ANS

Parmi les 20 ans ou plus, 7 % des hommes et 6 % des femmes déclarent une *reconnaissance administrative de handicap*. L'accroissement avec l'âge est limité puisque 11 % des hommes et 7 % des femmes de 65 ans ou plus déclarent une *reconnaissance administrative du handicap*. Ce statut peut prendre des formes multiples à travers cette question très générale (pension d'invalidité, allocation pour adultes handicapés, pour l'autonomie...). La *reconnaissance administrative du handicap*, comme la question sur les *handicaps ou gênes dans la vie quotidienne*, correspond le plus souvent à des niveaux de sévérité importants s'exprimant par des difficultés dans les activités du quotidien (dans 67 % des cas chez les hommes de 20 ans ou plus et 76 % chez les femmes) [tableau 2]. Mais parmi les personnes qui pourraient prétendre à ces différents types de reconnaissance, certaines n'ont pas effectué les démarches: seul un tiers des personnes de 20 ans ou plus ayant des restrictions d'activité pour les soins personnels déclare une *reconnaissance administrative du handicap* et seulement 25 % parmi les plus de 65 ans. On constate aussi des différences entre les sexes: les femmes ayant des difficultés à accomplir leurs activités du quotidien ont moins souvent une *reconnaissance administrative du handicap* que les hommes (29 % vs 40 %); différence qui diminue avec l'âge (24 % vs 28 % parmi les 65 ans ou plus). Toutes choses égales par ailleurs, l'inactivité professionnelle est fortement liée à la *reconnaissance administrative du handicap*; les pensions et statuts liés à une incapacité à travailler à cause d'un problème de santé constituent une forme importante de reconnaissance administrative de problèmes fonctionnels. En tenant compte de l'état de santé fonctionnel et des variables sociodémographiques, les femmes conservent cette moindre propension à déclarer une *reconnaissance administrative du handicap* (tableau 3); on en déduit une prise en charge moins systématique des problèmes fonctionnels qu'elles déclarent par ailleurs. On retrouve ainsi ce qui avait été montré avec l'enquête Handicap-Incapacités-Dépendance (Ravaud et Ville, 2003).

Mais, l'avancée en âge apparaît moins ici comme un facteur de retenue dans la demande ou l'obtention d'une forme de reconnaissance administrative. La fréquence de ce statut après 70 ans, augmente plus rapidement qu'elle ne le faisait dans de précédentes enquêtes; même si elle reste bien moins élevée que la fréquence des incapacités en général. La *reconnaissance administrative de handicap* est aussi plus importante que d'autres types de statut administratifs associés à des problèmes fonctionnels (*i.e.* prise en charge complète des frais médicaux pour invalidité ou handicap). Cet indicateur pourrait ainsi témoigner de la montée en charge des dispositifs récents, tels que l'Allocation personnalisée à l'autonomie (APA), visant à mieux accompagner les limitations et gênes liées aux grands âges. De surcroît, la question ne reflète pas seulement les dispositifs eux-mêmes, mais aussi la perception qu'ont les personnes de l'accès qu'ils peuvent en avoir, compte tenu de leur situation. Dès lors, une *reconnaissance administrative de handicap*, en augmentation chez les plus âgés, exprimerait une meilleure prise en charge de problèmes de santé qui pouvaient être considérés plutôt comme un état « normal » compte tenu de l'âge.

DES APPROCHES DE L'INCAPACITÉ ET DU HANDICAP LIÉES MAIS QUI NE SE RECOUVRENT PAS

Les questions diverses et variées abordant les problèmes fonctionnels ne se recouvrent pas (Ville *et al.*, 2003). On confirme par ces nouvelles données qu'elles reflètent des situations différentes. Au total, 22 % des hommes et 24 % des femmes de 20 ans ou plus ont été repérés par l'une ou l'autre des trois questions générales les plus courantes: *Limitations d'activité de long terme et/ou handicaps ou gênes dans la vie quotidienne et/ou considérer avoir un handicap*. Parmi ces personnes, plus de la moitié ne se reconnaît qu'à travers l'une de ces trois approches. Seuls 3 % des hommes et 4 % des femmes ont répondu positivement aux trois questions à la fois, soit une personne sur six déclarant une forme d'incapacité (graphique 1).

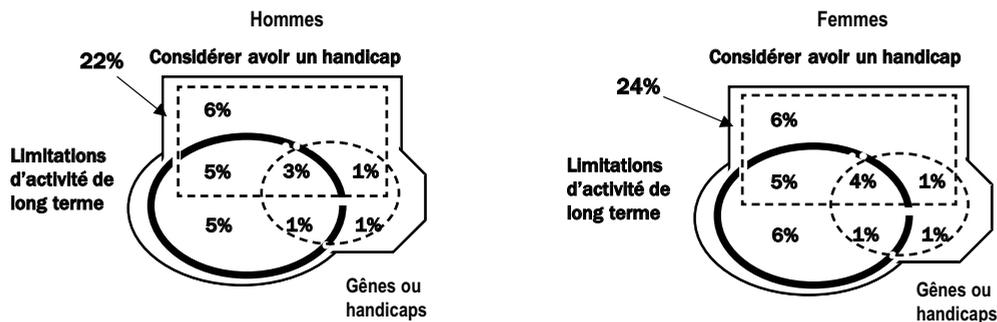
L'ensemble de ces résultats montre que les questions générales fournissent une représentation de situations complémentaires de l'incapacité renseignant chacune sur une facette particulière des problèmes rencontrés et des conséquences et besoins qu'ils peuvent engendrer. On dispose ainsi d'indicateurs représentatifs de différentes situations. L'indicateur de *reconnaissance administrative d'un handicap* est associé aux dispositifs de prise en charge des problèmes fonctionnels. La question *han-*

dicaps ou gênes dans la vie quotidienne, posée au niveau du ménage et en début d'enquête, est associée à des formes sévères et reconnues. La question sur les *limitations d'activité de long terme* comme la question sur le fait de « *considérer avoir un handicap* » cible plus généralement des groupes de personnes ayant des atteintes fonctionnelles diverses touchant ou non leurs activités dans la vie quotidienne. La question « *considérer avoir un*

handicap » est la plus liée aux déclarations de limitations fonctionnelles et restrictions d'activité dans cette enquête ; elle fait suite au module détaillé dans le questionnaire et cette relation est probablement en partie liée à l'effet incitatif de cette configuration. Cette question se montre aussi un peu plus sensible à des variables sociodémographiques que ne l'est la question sur les limitations d'activité. ■

GRAPHIQUE 1 ●

la correspondance entre trois questions générales sur l'incapacité et le handicap de l'enquête santé 2002-2003



REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BROUARD C., ROUSSEL P., 2005, Handicap en chiffres 2005, CTNERHI/DREES/DGAS, juin, pp. 119, CTNERHI, Paris.
- CAMBOIS E., ROBINE J.-M., MORMICHE P., à paraître, « L'incapacité en France en 2002 : analyses autour de l'indicateur général d'incapacité de l'enquête santé ».
- CAMBOIS E., CLAVEL A., ROBINE J.-M., 2006, « L'espérance de vie sans incapacité continue d'augmenter », Dossiers solidarité et santé, n° 2, avril-juin, La Documentation française, pp. 7-21.
- CAMBOIS E., ROBINE J.-M., ROMIEU I., 2005, « The Influence of Functional Limitations and Various Demographic Factors on Self-reported Activity Restriction at Older Ages », Disability and Rehabilitation, 27(15):871-883.
- CAMBOIS E., DÉSEQUELLES A., RAVAUD J.-F., 2003, « Femmes et hommes inégaux face aux handicaps », Population et Sociétés, n° 386, janvier, INED.
- CAMBOIS E., ROBINE J.-M., 2003, « Vieillesse et restrictions d'activités : l'enjeu de la compensation des problèmes fonctionnels », Études et Résultats, n° 261, septembre, DREES.
- MORMICHE P. et le groupe de projet HID, 2000, « Le handicap se conjugue au pluriel », Insee Première, n° 472, INSEE.
- RAVAUD J.-F., VILLE I., 2003, « Les disparités de genre dans le repérage et la prise en charge des situations de handicap », Revue française des Affaires sociales, n° 1-2, janvier-juin, La Documentation française, pp. 227-254.
- RAVAUD J.-F., LETOURMY A., VILLE I., 2002, « Les méthodes de délimitation de la population handicapée : l'approche de l'enquête de l'Insee Vie quotidienne et santé », Population, n° 3, mai-juin, pp. 541-565, INED.
- ROBINE J.-M., RAVAUD J.-F., CAMBOIS E., 1997, « General Concepts of Disablement », in HAMERMAN D. (ed), Osteoarthritis: Public Health Implication for an Aging Population, John Hopkins University Press: 63-83.
- VILLE I., RAVAUD J.-F., LETOURMY A., 2003, « La désignation du handicap. Des incapacités déclarées à la reconnaissance administrative », Revue française des Affaires sociales, n° 1-2, janvier-juin, La Documentation française, pp. 31-53.
- World Health Organization (WHO), 2001, International Classification of Functioning, Disability and Health, Geneva, World Health Organization, 299 p.

LA MOBILITÉ DES PERSONNES ÂGÉES ET HANDICAPÉES HÉBERGÉES EN ÉTABLISSEMENTS

François CHAPIREAU

Ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement
Ministère de la Santé et des Solidarités
DREES

Les limitations de mobilité sont fréquentes dans tous les établissements hébergeant les personnes âgées ou handicapées, mais moins intenses dans les établissements pour personnes handicapées (enfants et adultes). Dans les services de long séjour, les personnes sont beaucoup plus souvent confinées au lit ou à la chambre. Par ailleurs, les personnes en fauteuil roulant ont fréquemment besoin d'aide pour se déplacer et rencontrent de ce fait des obstacles spécifiques. Une question centrale pour la mobilité reste l'aide humaine qui peut être apportée aux personnes dans les établissements qui les accueillent.

La mobilité exprime la faculté de se déplacer ; elle se distingue de la motricité qui est l'action du système locomoteur. Cette étude¹ porte sur la mobilité des personnes âgées ou handicapées hébergées en établissements fin 1998, et interrogées dans le cadre de l'enquête HID (Handicap-Incapacités-Dépendance) de l'INSEE (encadré 1). Dans la mesure où l'enquête HID porte aussi sur les personnes présentes en établissements de soins psychiatriques, les résultats correspondants sont également donnés. L'étude présente d'abord des résultats en termes de périmètre, selon que la personne est confinée au lit, à la chambre, ou à l'établissement ; et s'il lui arrive de sortir de l'enceinte de l'institution, selon qu'elle a ou non besoin d'aide pour ce faire. Trois situations font ensuite l'objet d'une attention particulière : le fait de ne pas sortir hors de l'enceinte de l'établissement, l'interdiction de sortir, et, parmi ceux à qui il arrive de sortir, le fait d'être effectivement sorti la veille de l'enquête. Ces situations sont examinées à la lumière d'autres informations : des caractères individuels, ainsi que des éléments liés à l'environnement de la personne et du type d'établissement concerné. Ces facteurs sont d'abord présentés séparément ; leur poids respectif est ensuite calculé dans une régression logistique, de manière à appréhender la manière dont ils se conjuguent.

EN ÉTABLISSEMENTS, LES LIMITATIONS DE MOBILITÉ SONT IMPORTANTES ET FRÉQUENTES

Les personnes âgées ou handicapées hébergées² fin 1998 dans l'un des établissements sur lesquels porte l'enquête HID sont au nombre de 660 000 (tableau 1). Dans cette population, les limitations du

1. Voir aussi : Chanut J.-M., Michaudon H., 2004, « Difficultés à se déplacer et problèmes d'accessibilité. Une approche à partir de l'enquête HID », *Études et Résultats*, n° 306, Paris, avril.

2. Le terme d'hébergement est employé pour indiquer que les personnes concernées se trouvent aussi la nuit dans l'établissement où l'enquête se déroule.

périmètre de mobilité sont fréquentes et de grande ampleur : seule une personne sur cinq ne déclare aucune restriction dans ce domaine. Ainsi, parmi les 635 000 personnes de 15 ans ou plus, la proportion de personnes confinées au lit est de 2 %, celle des personnes confinées à la chambre de 7 %, auxquelles s'ajoutent celles qui ne sortent pas de l'enceinte de l'établissement (37 % de l'ensemble); d'autre part, 26 % sortent avec de l'aide, 8 % sortent seules mais rarement et enfin, 20 % sortent assez souvent et sans aide. Globalement, 46 % des personnes hébergées en établissements ne sortent donc pas, 26 % sortent avec de l'aide et 28 % sortent seules.

Si l'on s'intéresse aux seules personnes de plus de 15 ans qui ne sont pas confinées au lit, 115 000 d'entre elles (18 %) déclarent spontanément ne pas être autorisées à sortir de l'établissement (tableau 2). Parmi elles, il existe divers degrés de confinement : 17 000 personnes sont confinées à la chambre et 84 000 à l'intérieur du bâtiment. Chez les 17 000 autres, l'interdiction de sortir n'est pas absolue, car la sortie accompagnée leur est autorisée³. Pour 10 000

d'entre elles, cette aide imposée tient à des difficultés psychologiques ou émotionnelles et pour 4 000, à des difficultés physiques.

Après avoir considéré ce que les personnes déclarent pouvoir faire de façon générale, il convient d'examiner leurs pratiques effectives en termes de mobilité : ainsi, 120 000 personnes sont sorties de l'établissement qui les accueille le jour de la semaine précédant l'enquête, soit une sur cinq (les sorties du dimanche ne sont pas prises en compte ici). Cette proportion varie avec le périmètre de mobilité. Plus de la moitié des personnes qui sortent assez souvent et sans aide sont sorties la veille de l'enquête, ce qui correspond pour elles à une sortie un jour sur deux en moyenne; parmi celles qui n'ont pas besoin d'aide mais ne sortent que rarement, la proportion n'est plus que d'une sur cinq, soit une sortie en moyenne un jour sur cinq. Le taux descend à 15 % chez les personnes qui ont besoin d'aide pour sortir, soit en moyenne une sortie par semaine. Une très faible proportion de personnes confinées à la chambre ou à l'intérieur du bâtiment est sortie la veille de l'enquête : il peut s'agir de

ENCADRÉ 1 ●

LES ÉTABLISSEMENTS DE L'ENQUÊTE HID (HANDICAP-INCAPACITÉS-DÉPENDANCE)

Établissements pour enfants et adolescents*Établissements d'éducation spéciale pour déficients intellectuels**Établissements d'éducation spéciale pour enfants atteints de troubles de la conduite et du comportement (Instituts de rééducation)**Établissements d'éducation spéciale pour handicapés moteurs**Établissements d'éducation spéciale pour déficients visuels**Établissements d'éducation spéciale pour déficients auditifs**Établissements d'éducation spéciale pour polyhandicapés**Autres établissements pour enfants ou adolescents***Établissements pour adultes handicapés***Foyers d'hébergement**Foyers de vie (foyers occupationnels)**Maisons d'accueil spécialisées (MAS)**Foyers à double tarification**Autres établissements pour adultes handicapés***Établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA)***Hospices**Maisons de retraite**Résidences d'hébergement temporaire pour personnes âgées**Établissements expérimentaux pour personnes âgées**Autres établissements pour personnes âgées***Unités de soins de longue durée (USLD), ex-long séjour des établissements hospitaliers****Établissements psychiatriques****Centres hospitaliers spécialisés**Hôpitaux privés participant au service public**Maisons de santé pour maladie mentale**Centres de post cure*

* À la suite d'une erreur matérielle, les services de psychiatrie des hôpitaux généraux ont été omis.

3. Dans la suite de cette étude, « l'interdiction de sortie » caractérise toutes les personnes qui n'ont pas le droit de sortir, y compris la faible proportion pour laquelle la sortie accompagnée est autorisée.

consultations, de soins à l'extérieur ou de sorties exceptionnelles. La question n'a pas été posée aux personnes confinées au lit ou qui ne sont pas autorisées à sortir; il est logique de supposer que, parmi elles, une très faible proportion a pu sortir la veille pour des raisons analogues.

Autre caractéristique, 150 000 personnes (presque une sur quatre) utilisent un fauteuil roulant pour se déplacer, parmi lesquelles 105 000 ne se déplacent qu'avec ce moyen. Les personnes qui utilisent un fauteuil roulant, que ce soit en permanence ou occasionnellement, sont particulièrement limitées dans leurs sorties, puisque seulement 4 % d'entre elles se sont déplacées la veille de l'enquête au-delà de l'enceinte de l'établissement, soit en moyenne un peu plus d'une sortie par mois (tableau 2).

LES LIMITATIONS DE MOBILITÉ VARIENT SELON LES ÉTABLISSEMENTS

Par rapport aux autres établissements qui font l'objet de l'enquête, c'est dans les établissements pour personnes handicapées (enfants et adultes) que les limitations de mobilité sont les moins lourdes: presque aucune personne n'est confinée au lit ou à la chambre, le quart ou le tiers de l'effectif sort assez souvent et sans aide et il y a environ 10 % d'utilisateurs de fauteuils roulants. Dans ces établissements, l'aptitude à sortir est répandue et, lorsqu'elle existe, elle est souvent exercée: non seulement de nombreux résidents sortent habituellement mais, parmi eux, il n'y a qu'une faible proportion de personnes qui n'est pas sortie la veille.

TABLEAU 1 ●

effectifs des personnes par périmètre de mobilité et par type d'établissement

	Enfants handicapés	Adultes handicapés	EHPA	USLD	Soins psychiatriques	Tous établissements
Total (tous âges)	48 000	86 000	409 000	70 000	47 000	660 000
Total (plus de 15 ans**)	24 000	86 000	409 000	70 000	46 000	635 000
Confinés au lit	*	*	6 700	4 200	*	11 000
Confinés dans la chambre	*	*	30 300	13 800	700	45 000
Confinés à l'intérieur du bâtiment	7 200	15 600	164 000	36 000	14 500	240 000
Total : ne sortent pas	7 300	16 000	201 000	54 000	15 300	296 000
Je ne sors jamais sans l'aide de quelqu'un en raison de mes difficultés physiques	1 500**	5 400	51 300	8 000	1 100	67 000**
Je ne sors jamais sans l'aide de quelqu'un en raison de mes difficultés psychologiques ou émotionnelles	5 100**	21 000	35 900	4 400	7 400	74 000**
Je ne m'éloigne jamais sans aide de l'institution	900**	3 700	16 400	600	900	22 000**
Total : sortent avec aide	7 500**	30 000	104 000	13 000	9 500	163 000**
Je ne sors que rarement	1 800**	6 000	39 300	900	4 200	50 000**
Je sors assez souvent, et je peux m'éloigner sans aide	11 000**	33 300	65 400	1 500	17 200	129 000**
Total : sortent sans aide	13 000**	39 000	105 000	2 500	21 500	179 000**

* Très faible effectif.

** Le besoin d'aide pour sortir est supposé toujours nécessaire avant 15 ans. En établissements pour enfants handicapés, les modes de mobilité à l'extérieur ne sont décrits que pour les jeunes de 15 ans ou plus. Dans les établissements de soins psychiatriques, les 1 000 jeunes de moins de 15 ans se répartissent entre les différents sous-groupes d'une manière qui ne change pas les ordres de grandeur.

Sources : Enquête HID 1998 ; calculs DREES.

TABLEAU 2 ●

effectifs des personnes par type de situation et par type d'établissement

	Enfants handicapés	Adultes handicapés	EHPA	USLD	Soins psychiatriques	Tous établissements
Total (tous âges)	48 000	86 000	409 000	70 000	47 000	660 000
Utilise un fauteuil roulant	3 800	10 500	103 000	33 600	2 300	153 000
Interdiction de sortir	7 100*	10 400	71 000	21 300	11 000	121 000*
Sorti la veille	22 500	43 400	48 000	1 700	12 500	119 000

* dont environ 6 000 jeunes de moins de 15 ans.

Sources : Enquête HID 1998 ; calculs DREES.

Au contraire, dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et en service de long séjour (USLD – unité de soins de longue durée), les problèmes de mobilité sont lourds et fréquents : 9 % des personnes dans les premiers et 26 % dans les seconds sont confinées au lit ou à dans la chambre ; seule une faible minorité « sort assez souvent et peut s'éloigner sans aide », avec une forte proportion d'utilisateurs de fauteuils roulants, respectivement le quart et la moitié des personnes accueillies. Dans ces établissements, on observe le cumul entre les personnes qui ne sortent pas et celles qui ne sont pas sorties la veille.

Au sein de ces deux grandes catégories d'établissements, il apparaît en outre que, dans les établissements pour handicapés, les jeunes présentent moins de restrictions de mobilité que les adultes. Le contraste est encore plus accentué entre les personnes reçues en EHPA et celles qui vivent en services de long séjour, lesquelles ont une mobilité plus gravement limitée.

Les établissements de soins psychiatriques occupent une situation particulière. Ils se rapprochent sur trois points des établissements pour personnes handicapées : ils présentent un faible nombre de personnes confinées au lit ou dans la chambre ; une proportion notable de leurs résidents (plus du tiers) sort assez souvent et peut s'éloigner sans aide ; enfin, il y a peu d'utilisateurs de fauteuil roulant. Toutefois, dans ces établissements, une personne sur trois est confinée dans les bâtiments, soit environ le double de la proportion observée dans les établissements pour personnes handicapées.

L'interdiction de sortir est une situation particulière : elle est la plus fréquente en USLD, où elle touche presque une personne sur trois. Un peu moins fréquente dans les établissements de soins psychiatriques, elle y concerne une personne sur quatre. Dans les trois autres catégories d'établissements, elle varie entre une personne sur cinq et une sur dix. Cependant, dans chaque catégorie d'établissement, les effectifs ne sont pas du même ordre : ainsi, c'est dans les établissements pour personnes âgées que l'on trouve le plus de personnes qui n'ont pas le droit de sortir (71 000), devant les USLD (21 000). Dans les établissements psychiatriques, il y a presque autant de personnes subissant l'interdiction de sortir que dans les établissements pour adultes handicapés (respectivement 11 000 et 10 000). C'est dans les établissements pour enfants handicapés que ce nombre est le plus faible (7 100, dont environ 6 000 de moins de 15 ans).

LES LIMITATIONS DE MOBILITÉ VARIANT SELON LES DIFFICULTÉS DES PERSONNES

La diversité des limitations de mobilité entre établissements reflète pour une part la variété des populations hébergées et des difficultés dont elles souffrent (tableau 3). Dans les EHPA, les personnes souffrent d'incapacités nettement plus graves que dans les institutions pour personnes handicapées. En établissements de soins psychiatriques, les situations sont proches de celles des personnes handicapées.

TABLEAU 3 ●

proportion de personnes présentant chaque difficulté, par type d'établissement

	Enfants handicapés >=15 ans	Adultes handicapés	EHPA	USLD	Soins psychiatriques
Ne peut pas porter un objet de 5 kg sur 10 mètres	17	29	61	64	21
Utilise un fauteuil roulant	8	12	25	48	5
Ne se souvient jamais du moment de la journée	13	18	22	47	13
A besoin d'aide pour retrouver son chemin	12	18	10	10	6
Incapacité de communication totale ou majeure	14	19	16	37	13
Pas de parents proches (conjoint, parent, enfant, frère, sœur)	0	3	5	4	3
Proches parents, mais pas de contacts	3	10	11	11	15
Ne s'est pas fait d'ami dans l'établissement	20	30	54	75	50
Ne sait pas lire	33	52	6	10	19
N'a pas de diplôme	93	88	44	34	49

Lecture : Parmi les jeunes de 15 ans ou plus qui sont hébergés en établissements pour enfants handicapés, 17 % ne peuvent pas porter un objet de 5 kg sur 10 mètres.
Sources : Enquête HID 1998 ; calculs DREES.

Les limitations de la mobilité sont une résultante complexe de différents facteurs (encadré 2). Parmi ces derniers, les incapacités physiques graves tiennent une place importante. Toutefois, elles ne sont pas les seules : à côté des incapacités d'ordre cognitif (désorientation dans le temps et dans l'espace), interviennent les limitations de la socialisation (communication, capacité à se faire des amis). D'autre part, l'influence de l'environnement familial et du milieu professionnel de la personne doit être aussi examinée (tableaux 4, 5, 6).

Ainsi, l'absence de parent vivant n'est associée à une proportion plus élevée de limitations de mobilité que dans les établissements de soins psychiatriques, où ce groupe représente un faible effectif. Au contraire, dans les EHPA, la proportion des personnes isolées sur le plan familial et souffrant d'une

mobilité limitée est inférieure à la moyenne. Ceci est sans doute lié à un effet de recrutement, déjà mis en évidence⁴, selon lequel les personnes n'ayant aucune famille ont une plus grande propension à entrer en établissement avec hébergement, même si elles ont moins de difficultés physiques ou cognitives. En effet, l'écart disparaît tout à fait dans la régression logistique, lorsque les autres variables sont prises en compte.

Enfin, l'absence de transports en commun à moins de 500 mètres présente peu ou pas de rapport, avec les limitations de mobilité. Ce résultat peut s'expliquer de plusieurs manières. Il est possible que la distance dissuasive soit en fait plus grande que celle qui est étudiée ici. Il est possible également que, parmi l'ensemble des sorties effectuées, la proportion de celles qui nécessitent l'emploi des transports en

ENCADRÉ 2 ●

LES RELATIONS ENTRE LES DIFFÉRENTS FACTEURS

Les incapacités physiques. *L'incapacité à porter sur 10 mètres une charge de 5 kg permet d'estimer la faiblesse physique ou l'absence d'endurance. Cette incapacité est répandue : une personne sur trois est tout à fait hors d'état d'y parvenir.*

L'usage d'un fauteuil roulant. *Le fauteuil roulant est une aide technique majeure destinée à faciliter les déplacements. Dans l'ensemble des établissements, presque une personne sur quatre y a recours.*

Les incapacités cognitives. *Le fait de ne plus se souvenir du moment de la journée exprime une incapacité d'orientation dans le temps. Cette difficulté touche environ une personne sur quatre. Le besoin d'aide pour retrouver son chemin correspond à un problème d'orientation dans l'espace.*

La communication. *Les incapacités touchant la communication sont fréquentes : les personnes qui ne communiquent pas du tout ou qui ne communiquent qu'avec l'aide d'un tiers (souvent un professionnel qui les connaît bien) représentent presque une personne sur cinq.*

Les relations sociales. *L'isolement familial touche une petite minorité de personnes : celles qui n'ont plus de famille proche (conjoint, grand-parent, parent, enfant, frère, sœur, petit-enfant) représentent une personne sur vingt-cinq. De plus, une personne sur dix a des parents proches mais n'a pas conservé de contact avec eux. La capacité à se faire des amis dans l'établissement illustre l'aptitude à créer de nouvelles relations sociales. Elle n'a pas abouti chez une personne sur deux. Ce taux est peu modifié en ne considérant que les personnes arrivées depuis plus de trois mois.*

Le niveau d'instruction. *Le fait de ne pas savoir lire définit l'illettrisme complet. Il est plus fréquent que dans la population générale, car il touche ici presque une personne sur sept. Le fait de n'avoir aucun diplôme correspond à un niveau d'instruction moins faible. Plus d'une personne sur deux n'a pas de diplôme.*

Le milieu social est celui de la personne de référence du ménage : les parents s'il s'agit d'un enfant, le conjoint s'il s'agit d'une femme n'ayant pas travaillé et la profession exercée auparavant s'il s'agit d'un retraité. Il est envisagé selon quatre catégories : travailleurs indépendants, ouvriers et employés, cadres et professions intermédiaires, inactifs.

Les relations entre les différents facteurs sont étudiées grâce à des régressions logistiques (tableaux 4, 5, 6, 9). Ces relations sont abordées en premier lieu par catégorie d'établissement, en examinant à chaque fois trois situations particulières : ne pas sortir hors de l'enceinte de l'établissement, subir une interdiction de sortir et ne pas être sorti la veille de l'enquête, pour ceux à qui il arrive de sortir. L'enquête HID permet de décrire un certain nombre de difficultés : sans être exhaustives, elles couvrent des domaines variés et complémentaires. Toutefois, cette méthode comporte certaines limites. Ainsi, une même personne peut souffrir de plusieurs difficultés à la fois et, réciproquement, certaines difficultés ne sont pas prises en compte dans l'enquête, par exemple l'absence d'initiative, les troubles du comportement ou l'agressivité.

D'autres éléments de moindre importance doivent être mentionnés. La désorientation dans l'espace fournit des résultats paradoxaux : étudiée seule, elle s'accompagne logiquement d'une plus forte proportion de personnes dont la mobilité est restreinte, alors que dans la régression logistique, l'effet de la désorientation apparaît positif. Ce résultat s'explique parce que la question portant sur les difficultés d'orientation n'a été posée qu'aux personnes susceptibles de sortir : en effet, il est difficile d'estimer la capacité d'orientation d'une personne qui n'a pas l'occasion de l'exercer. De ce fait, les personnes ayant répondu à la question sont plus mobiles que l'ensemble des hébergés.

4. Desesquelles A., Brouard N., 2003, « Le réseau familial des personnes âgées de 60 ans et plus vivant à domicile ou en institution », *Population*, vol. 58, n° 2, INED, Paris, p. 201-228.

commun soit trop faible pour que l'effet de leur distance apparaisse dans cette étude. Surtout, les résultats suggèrent que les limitations de la mobilité tiennent principalement aux différents aspects de la situation à l'intérieur de l'établissement.

**LES ÉTABLISSEMENTS
AVEC HÉBERGEMENT
POUR ENFANTS HANDICAPÉS
COMPENSENT
LES DIFFÉRENCES INDIVIDUELLES**

Dans les établissements avec hébergement pour enfants handicapés, les risques de limitation de la mobilité sont presque les mêmes pour tous les jeunes, qu'il s'agisse du confinement dans l'établissement, ou de ne pas être sorti la veille de l'enquête, parmi ceux à qui il arrive de sortir. Autrement dit, les établissements font face à la variété des situations et compensent le plus souvent les différences individuelles. La majorité des variables n'est pas statisti-

quement significative après régression logistique. Parmi les situations significatives, la plupart ont un *odd ratio* peu élevé. Seule la situation des jeunes qui ne savent pas lire apparaît nettement moins bonne que la moyenne, avec un *odd ratio* proche de 3 pour la probabilité de ne pas sortir. L'interdiction de sortir apparaît liée à l'absence de contact avec la famille.

**LES ÉTABLISSEMENTS
POUR ADULTES HANDICAPÉS;
DES LIMITATIONS DE MOBILITÉ
PLUS OU MOINS IMPORTANTES
SELON LE TYPE D'ÉTABLISSEMENT**

Les établissements avec hébergement pour adultes handicapés sont de types très différents: les foyers d'hébergement ont le plus souvent vocation à recevoir des personnes qui ont une occupation à l'extérieur en journée; ce n'est pas le cas dans les autres types d'établissements, où les personnes souffrent de diffi-

TABLEAU 4 ●

odds ratios de la probabilité de ne pas sortir hors de l'enceinte de l'établissement, toutes choses égales par ailleurs, dans chaque catégorie d'établissement, par situation

	Enfants handicapés	Adultes handicapés***	EHPA	USLD	Soins psychiatriques
Sexe masculin	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Sexe féminin	N.S.	N.S.	0.8	N.S.	N.S.
Âgé de 15 à 19 ans	Réf.	-	-	-	N.S.
Âgé de 20 à 59 ans	N.S.	Réf.	0.5**	N.S.	Réf.
Âgé de 60 à 79 ans	-	1.5	Réf.	Réf.	2.3
Âgé de 80 ans ou plus	-	N.S.	1.6	N.S.	5.1*
0 ou 1 déficience	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
2 à 4 déficiences	1.4	N.S.	1.4	N.S.	N.S.
5 déficiences ou plus	N.S.	N.S.	1.4	N.S.	N.S.
Ne peut pas porter un objet de 5 kg sur 10 mètres	N.S.	1.6	1.5	N.S.	N.S.
Utilise un fauteuil roulant	N.S.	N.S.	3.1	N.S.	3.2*
Ne se souvient jamais du moment de la journée	N.S.	1.8	2.9	1.7	1.8
A besoin d'aide pour retrouver son chemin	0.6	0.6	0.7	N.S.	N.S.
Incapacité de communication totale ou majeure	N.S.	1.4	2.8	3.4	3.1
Pas de parents proches (conjoint, parent, enfant, frère, sœur)	-	N.S.	N.S.	N.S.	2.1*
Proches parents, mais pas de contacts	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	1.5
Ne s'est pas fait d'ami dans l'établissement	1.7	1.6	1.7	1.9	1.8
Ne sait pas lire	3.2	2.3	1.3	N.S.	1.4
N'a pas de diplôme	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
Milieu familial					
• Professions indépendantes	-	-	1.2	N.S.	N.S.
• Cadres et professions intermédiaires	-	2	Réf.	N.S.	Réf.
• Employés et ouvriers	-	Réf.	1.2	N.S.	1.4
• Inactifs	-	1.4	2.0	N.S.	1.9

* Petit effectif.

** Il y a environ 7500 personnes de 20 à 59 ans en EHPA.

*** Foyers de vie (foyers occupationnels), foyers à double tarification et maisons d'accueil spécialisées.

N. S = Non significatif.

Sources: Enquête HID 1998; calculs DREES.

cultés de gravité croissante, des foyers de vie (foyers occupationnels) aux foyers à double tarification et aux maisons d'accueil spécialisées. Ces différences de recrutement ont des conséquences sur les périmètres de mobilité des personnes accueillies (tableaux 7 et 8). Si, dans l'ensemble des établissements pour adultes handicapés, presque une personne sur deux (45 %) sort sans aide de l'établissement, des différences importantes apparaissent selon les catégories. Alors que dans les foyers d'hébergement, les trois quarts (73 %) des personnes accueillies sortent sans aide, c'est seulement le cas d'une personne sur quatre (28 %) en foyer de vie, d'une sur huit (13 %) en foyer à double tarification et d'un très faible nombre en maison d'accueil spécialisée. Dans ce dernier type d'établissement, une personne sur deux ne sort pas de l'institution. Si l'on considère les trois types d'établissement cités ci-dessus, dans lesquels les personnes ont peu ou pas d'activité professionnelle, il apparaît que les personnes qui ne savent pas lire sont plus fréquemment confinées dans l'établis-

sement et subissent l'interdiction de sortir plus souvent que la moyenne.

LES ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES : LE HANDICAP DU FAUTEUIL ROULANT

Les EHPA sont les seuls où les hommes ont une probabilité de sortir plus faible que celle des femmes, toutes choses égales par ailleurs. Toutefois, parmi les facteurs qui pèsent sur la probabilité de ne jamais sortir ou de ne pas être sorti la veille de l'enquête, l'usage du fauteuil roulant est celui dont l'influence est la plus élevée. Ce fait est d'autant plus notable que, dans cette catégorie d'établissement, une personne sur quatre utilise un fauteuil roulant pour se déplacer. L'hypothèse la plus probable pour expliquer ce résultat est que les personnes âgées qui utilisent un fauteuil roulant ont le plus souvent besoin d'aide, à la différence de certains adultes handicapés qui possèdent la force et l'endurance

TABLEAU 5 ●

odds ratios de la probabilité de ne pas avoir le droit de sortir hors de l'enceinte de l'établissement, toutes choses égales par ailleurs, dans chaque catégorie d'établissement, par situation

	Enfants handicapés	Adultes handicapés**	EHPA	USLD	Soins psychiatriques
Sexe masculin	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Sexe féminin	N.S.	1.1.	N.S.	N.S.	N.S.
Âgé de 15 à 19 ans	Réf.	–	–	–	N.S.
Âgé de 20 à 59 ans	N.S.	Réf.	N.S.	N.S.	Réf.
Âgé de 60 à 79 ans	–	1.2	Réf.	Réf.	1.8
Âgé de 80 ans ou plus	–	N.S.	1.3	N.S.	N.S.
0 ou 1 déficience	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
2 à 4 déficiences	1.9	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
5 déficiences ou plus	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
Ne peut pas porter un objet de 5 kg sur 10 mètres	0.5	N.S.	1.5	N.S.	N.S.
Utilise un fauteuil roulant	N.S.	0.6	1.2	N.S.	0.7*
Ne se souvient jamais du moment de la journée	1.6	1.6	2.6	1.6	N.S.
A besoin d'aide pour retrouver son chemin	0.5	0.3	0.5	0.5	0.4
Incapacité de communication totale ou majeure	N.S.	1.2	1.7	N.S.	3.0
Pas de parents proches (conjoint, parent, enfant, frère, sœur)	–	1.3	N.S.	N.S.	4.2*
Proches parents, mais pas de contacts	2.2	1.2	1.3	N.S.	N.S.
Ne s'est pas fait d'ami dans l'établissement	N.S.	1.5	1.4	N.S.	1.8
Ne sait pas lire	2.3	2.4	N.S.	1.9	N.S.
N'a pas de diplôme	N.S.	0.6	N.S.	N.S.	N.S.
Milieu familial					
• Professions indépendantes	–	–	1.3	N.S.	N.S.
• Cadres et professions intermédiaires	–	2	Réf.	N.S.	Réf.
• Employés et ouvriers	–	Réf.	1.4	N.S.	2.1
• Inactifs	–	1.3	1.7	N.S.	2.6

* Petit effectif.

** Foyers de vie (foyers occupationnels), foyers à double tarification et maisons d'accueil spécialisées.

N.S = Non significatif.

Sources : Enquête HID 1998 ; calculs DREES.

nécessaires pour être autonomes. Or, c'est dans cette catégorie d'établissement que le taux d'encadrement en personnel est le plus faible, ce qui limite les possibilités d'apporter cette aide. Deux autres facteurs liés aux incapacités jouent un rôle de premier plan : la désorientation dans le temps et l'incapacité grave ou totale de communication. L'interdiction de sortir apparaît ainsi liée aux atteintes des fonctions supérieures, et plus particulièrement à la désorientation dans le temps.

LES USLD : GRAVITÉ DES INCAPACITÉS ET CONFINEMENT

Dans les USLD, les proportions de personnes qui ne sortent jamais, et parmi celles à qui il arrive de sortir, de celles qui ne sont pas sorties la veille de l'enquête, sont si élevées que presque aucune variable n'est statistiquement significative. L'absence de sortie est presque le lot commun. Toutefois, l'in-

capacité majeure ou totale de communication renforce encore cette propension au confinement. Ces résultats confirment l'intense sévérité des troubles dont souffrent les personnes hébergées dans ce type d'établissement.

La régression logistique ne fait pas apparaître de facteur déterminant pour l'interdiction de sortir, pourtant fréquente (31 %). Le cumul des difficultés est sans doute ce qui rend inextricable leur imbrication.

LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS PSYCHIATRIQUES : L'EFFET DE L'ÂGE ET DES TROUBLES GRAVES DE LA COMMUNICATION

Dans les établissements de soins psychiatriques, avoir un âge supérieur à 60 ans joue de façon importante dans la probabilité de ne pas sortir. Comme dans les EHPA, l'usage d'un fauteuil roulant et l'in-

TABLEAU 6 ●

odds ratios de la probabilité de ne pas être sorti la veille de l'enquête hors de l'enceinte de l'établissement (parmi ceux à qui il arrive de sortir), toutes choses égales par ailleurs, dans chaque catégorie d'établissement, par situation

	Enfants handicapés	Adultes handicapés**	EHPA	USLD	Soins psychiatriques
Sexe masculin	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Sexe féminin	N.S.	0.8.	0.5	N.S.	N.S.
Âgé de 15 à 19 ans	Réf.	-	-	-	N.S.
Âgé de 20 à 59 ans	N.S.	Réf.	1.2*	N.S.	Réf.
Âgé de 60 à 79 ans	-	1.4	Réf.	Réf.	2.6
Âgé de 80 ans ou plus	-	N.S.	1.6	N.S.	N.S.
0 ou 1 déficience	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
2 à 4 déficiences	N.S.	N.S.	1.2	N.S.	N.S.
5 déficiences ou plus	N.S.	N.S.	1.5	N.S.	N.S.
Ne peut pas porter un objet de 5 kg sur 10 mètres	1.9	1.6	2.6	N.S.	2.6
Utilise un fauteuil roulant	N.S.	1.3	5.5	N.S.	N.S.
Ne se souvient jamais du moment de la journée	N.S.	1.4	1.9	N.S.	N.S.
A besoin d'aide pour retrouver son chemin	N.S.	0.8	2.6	N.S.	N.S.
Incapacité de communication totale ou majeure	N.S.	1.1	2.4	N.S.	N.S.
Pas de parents proches (conjoint, parent, enfant, frère, sœur)	-	1.4	N.S.	N.S.	7.7
Proches parents, mais pas de contacts	N.S.	1.4	N.S.	N.S.	N.S.
Ne s'est pas fait d'ami dans l'établissement	N.S.	1.7	N.S.	N.S.	1.5
Ne sait pas lire	1.7	0.8	N.S.	N.S.	2.5
N'a pas de diplôme	N.S.	0.6	N.S.	N.S.	N.S.
Milieu familial					
• Professions indépendantes	-	-	N.S.	N.S.	N.S.
• Cadres et professions intermédiaires	-	-	Réf.	N.S.	Réf.
• Employés et ouvriers	-	Réf.	N.S.	N.S.	N.S.
• Inactifs	-	1.5	N.S.	N.S.	N.S.

* Il y a environ 7 500 personnes de 20 à 59 ans en EHPA.

** foyers de vie (foyers occupationnels), foyers à double tarification et maisons d'accueil spécialisées.

N. S = Non significatif.

Sources : Enquête HID 1998 ; calculs DREES.

capacité de communication grave ou majeure sont aussi des obstacles graves. Même si en établissements de soins psychiatriques, les difficultés de communication sont d'une nature différente, leur effet sur la mobilité est de même ampleur. La probabilité de ne pas être sorti la veille de l'enquête parmi ceux à qui il arrive de sortir est influencée par plusieurs facteurs notables : l'âge supérieur à 60 ans, l'absence d'endurance, mais aussi le fait de ne pas savoir lire et écrire. Le petit groupe des 1 500 personnes qui n'ont aucun parent vivant subit une probabilité très supérieure de ne pas avoir le droit de sortir, et, parmi ceux à qui il arrive de sortir, une très forte limitation de la probabilité d'être sorti la veille. Il s'agit pour une part notable de patients hospitalisés de longue date.

L'interdiction de sortir n'apparaît pas liée à un ou plusieurs facteurs qui joueraient nettement plus que d'autres. Toutefois, l'enquête n'apporte aucune information sur les risques d'agressivité envers soi-même ou envers autrui, ou sur celui de rupture des soins par fugue, qui sont des motifs d'interdiction de sortir en soins psychiatriques.

UNE QUESTION CENTRALE : L'AIDE À LA MOBILITÉ

Parmi les personnes à qui il arrive de sortir de l'établissement, celles qui ont besoin d'aide exercent beaucoup moins cette possibilité que celles qui sont autonomes. L'aide à la mobilité est-elle plus ou moins développée selon les catégories d'établissements

TABLEAU 7 ●

effectifs des personnes par périmètre de mobilité
et par type d'établissement** pour personnes adultes handicapées

	Foyers d'hébergement	Foyers de vie (foyers occupationnels)	Foyers à double tarification	Maisons d'accueil spécialisées
Confinés au lit	0	0	*	100
Confinés dans la chambre	*	*	0	200
Confinés à l'intérieur du bâtiment	2 300	5 300	1 700	5 200
<i>Total : ne sortent pas</i>	<i>2 300</i>	<i>5 300</i>	<i>1 800</i>	<i>5 500</i>
Je ne sors jamais sans l'aide de quelqu'un en raison de mes difficultés physiques	1 000	1 500	1 000	1 400
Je ne sors jamais sans l'aide de quelqu'un en raison de mes difficultés psychologiques ou émotionnelles	6 000	8 800	2 000	3 900
Je ne m'éloigne jamais sans aide de l'institution	2 100	900	300	150
<i>Total : sortent avec aide</i>	<i>9 100</i>	<i>11 200</i>	<i>3 300</i>	<i>5 500</i>
Je ne sors que rarement	3 600	1 700	400	*
Je sors assez souvent, et je peux m'éloigner sans aide	27 000	4 800	400	*
<i>Total : sortent sans aide</i>	<i>30 600</i>	<i>6 500</i>	<i>800</i>	<i>*</i>

*Très faible effectif.

** N'apparaît pas dans ce tableau un petit nombre d'établissements classés en catégorie « Autres ».

Sources : Enquête HID 1998 ; calculs DREES.

TABLEAU 8 ●

effectifs des personnes par type de situation et par type d'établissement*

	Foyers d'hébergement	Foyers de vie (foyers occupationnels)	Foyers à double tarification	Maisons d'accueil spécialisées
Total	42 000	23 000	5 900	11 000
Sans activité professionnelle	4 700	20 000	5 900	11 000
Utilise un fauteuil roulant	1 000	26 000	1 700	4 700
N'a pas le droit de sortir	1 900	3 500	1 300	3 100
Sorti la veille	30 200	8 600	1 800	1 800

* N'apparaît pas dans ce tableau un petit nombre d'établissements classés en catégorie « Autres ».

Sources : Enquête HID 1998 ; calculs DREES.

sement? Dans ce cas, quel poids ces différences exercent-elles sur la mobilité effective, par rapport aux autres difficultés envisagées? Pour répondre à ces questions, il a été effectué une régression logistique pour le groupe des personnes qui ont besoin d'aide pour sortir (tableau 9).

Chez ces personnes qui ont besoin d'aide pour sortir, ce ne sont ni les caractéristiques individuelles des personnes ni leur environnement familial ou physique qui influe le plus sur leur probabilité d'être sorti la veille de l'enquête : c'est le type d'établissement qui les accueille. En prenant comme référence les personnes hébergées en établissements pour adultes handicapés, on n'observe pas d'écart significatif dans le cas des établis-

sements pour enfants handicapés. En revanche, les personnes qui ont besoin d'aide pour sortir sont pénalisées de façon croissante dans les établissements de soins psychiatriques (OR = 6), dans les EHPA (OR = 8) et dans les USLD (OR = 13).

Non seulement les personnes qui ont besoin d'aide pour sortir la reçoivent selon des modalités et une intensité différente d'un type d'établissement à l'autre, mais ce facteur est encore de loin celui qui compte le plus pour expliquer les écarts de mobilité effective. Le facteur explicatif le plus probable est le contexte propre à chaque catégorie d'établissement, et particulièrement le taux d'encadrement des personnes hébergées par des professionnels. ■

TABLEAU 9 ●

odds ratios des probabilités de ne pas être sorti la veille de l'enquête parmi ceux qui ont besoin d'aide pour sortir, toutes choses égales par ailleurs, par situation et par catégorie d'établissement.

	N'est pas sorti la veille, parmi ceux qui ont besoin d'aide pour sortir
Sexe masculin	Réf.
Sexe féminin	N.S.
Établissement pour enfants handicapés	N.S.
Établissement pour adultes handicapés	Réf.
Établissement d'hébergement pour personnes âgées	8.0
Unité de soins de longue durée	12.7
Établissement de soins psychiatriques	6.0
0 ou 1 déficience	Réf.
2 à 4 déficiences	N.S.
5 déficiences ou plus	N.S.
Ne peut pas porter un objet de 5 kg sur 10 mètres	1.8
Utilise un fauteuil roulant	1.7
Ne se souvient jamais du moment de la journée	N.S.
A besoin d'aide pour retrouver son chemin	N.S.
Incapacité de communication totale ou majeure	N.S.
Pas de parents proches (conjoint, parent, enfant, frère, sœur)	N.S.
Proches parents, mais pas de contact	N.S.
Ne s'est pas fait d'ami dans l'établissement	N.S.
Ne sait pas lire	0.9
N'a pas de diplôme	0.7
Milieu familial	
• Professions indépendantes	N.S.
• Cadres et professions intermédiaires	Réf.
• Employés et ouvriers	N.S.
• Inactifs	N.S.

N. S. = Non significatif.

Sources : Enquête HID 1998 ; calculs DREES.

L'ÉVOLUTION DES OPINIONS DES FRANÇAIS EN MATIÈRE DE SANTÉ, DE HANDICAP, DE FAMILLE, DE RETRAITE, DE PAUVRETÉ ET DE PROTECTION SOCIALE ENTRE 2000 ET 2005

Pierre BOISSELOT

Ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement
Ministère de la Santé et des Solidarités
DREES

Les cinq vagues de l'enquête barométrique de la DREES, échelonnées entre 2000 et 2005, permettent d'appréhender certaines évolutions de l'opinion des Français en matière de santé, de handicap, de famille, de retraite, de pauvreté et de protection sociale. Globalement, ces opinions demeurent relativement stables, mais empreintes d'un relatif pessimisme. 62 % des Français se disent optimistes pour eux-mêmes, mais seulement 35 % pour leurs enfants et les générations futures. Les problèmes jugés prioritaires sont le chômage, la pauvreté et l'exclusion (dont 82 % estiment qu'elles se sont aggravées), les inégalités sociales, devant l'insécurité et la délinquance. Les personnes interrogées expriment des attentes de plus en plus fortes vis-à-vis des pouvoirs publics pour prendre en charge la dépendance, le handicap et les personnes en difficultés sociales. Concernant les départs en retraite, l'âge « idéal » déclaré par les Français a reculé (58 ans en 2005, contre 56 ans en 2000) mais dépasse celui cité comme « probable ». Le RMI est toujours jugé nécessaire par près de 90 % des Français, mais l'idée de contreparties gagne du terrain. Enfin, en matière de protection sociale, l'attachement au système actuel se confirme, même si l'on observe des nuances selon la nature des prestations.

L'enquête barométrique de la DREES a pour objet de suivre de façon périodique les attitudes et les opinions des Français sur une variété de thèmes incluant notamment la santé, les politiques familiales, les retraites ou encore la protection sociale.

Cinq vagues d'enquête ont été réalisées de 2000 à 2002, en 2004 et en 2005 auprès d'un échantillon d'environ 4 000 personnes représentatives des personnes de 18 ans et plus, résidant en France métropolitaine (encadré 1).

Au cours de cette période, les opinions des Français se révèlent globalement assez stables, comme si elles relevaient davantage de phénomènes structurels que de changements conjoncturels. Les cinq vagues d'enquêtes, réparties sur six années, permettent toutefois de mettre en exergue certaines évolutions, qui, au regard de la précision de l'enquête, apparaissent très significatives. Les opinions des Français sur les thèmes abordés par le baromètre au cours des dernières vagues d'enquêtes reflètent ainsi de façon générale un tassement de l'optimisme, dans un contexte de croissance économique faible en moyenne.

L'idée que des mesures sont nécessaires pour pallier les ressources limitées du système de protection sociale progresse au cours de la période, mais une réticence marquée aux augmentations de cotisations est aujourd'hui perceptible. L'attente s'accroît vis-à-vis de l'État, notamment en matière de prise en charge de la dépendance, du handicap et des personnes en difficultés sociales.

**LA SANTÉ ET L'ASSURANCE MALADIE :
DES INQUIÉTUDES QUI DEMEURENT
SUR LES RISQUES SANITAIRES
ET UNE SENSIBILITÉ ACCRUE
AUX PROBLÈMES DE FINANCEMENT**

Un état de santé globalement jugé meilleur

Près de neuf Français sur dix s'estiment en bonne santé (jugement qui décroît naturellement avec

l'âge). Ils ont en revanche une vision plus mitigée de l'évolution de l'état de santé de la population en général, sans doute en lien avec un certain pessimisme qui a été souligné (encadré 2). En 2005, seules 50 % des personnes interrogées (contre 62 % en 2000) estiment que l'état de santé des Français s'est amélioré au cours des dernières années, 28 % déclarant au contraire qu'il s'est détérioré. Cette proportion demeure stable entre 2000 et 2005, à l'exception d'un pic à 31 % relevé en 2004, probablement lié à la canicule de l'été 2003 et aux décès qui en ont résulté.

Les jugements les plus pessimistes émanent notamment des femmes (écart important de 10 points par rapport aux hommes), des chômeurs, des employés et des ouvriers (écarts respectifs de 20, 14 et 11 points par rapport à la catégorie « professions libérales et cadres supérieurs ») et des personnes non diplômées

(13 points d'écart avec les bac +2 et plus). Enfin, 17 % des Français (+9 points depuis 2000) considèrent que l'état de santé de la population n'a pas évolué.

Les comportements quotidiens plutôt que le suivi médical sont jugés nécessaires pour rester en bonne santé

En 2005, parmi les attitudes proposées « pour rester en bonne santé »¹, trois d'entre elles sont plus fréquemment citées comme très importantes : « ne pas fumer » (73 % des personnes), « ne pas boire » (61 %) et « surveiller son alimentation » (56 %). Ces attitudes sont notamment préconisées par les femmes et les personnes les plus âgées, alors que les chômeurs ont tendance à en minimiser l'importance (graphique 1)². Le fait de « ne pas avoir de pro-

ENCADRÉ 1 ●

L'ENQUÊTE BAROMÉTRIQUE DE LA DREES : APPRÉHENDER LES ÉVOLUTIONS ET L'HÉTÉROGÉNÉITÉ DES OPINIONS

Chaque vague d'enquête est constituée de questionnaires remplis par un échantillon représentatif de la population française :

- Les interviews ont eu lieu en face-à-face au domicile des personnes interrogées sur des échantillons de 4 000 individus entre les 11 février et 5 avril 2000, de 4 019 individus entre le 27 avril et le 13 juillet 2001, de 3 995 personnes entre le 13 mars et le 21 mai 2002 et de 4 001 individus entre le 8 mars et le 18 avril 2004, de 4 020 personnes entre le 7 mars et le 25 mai 2005.
- Les personnes interviewées ont été sélectionnées suivant la méthode des quotas, à partir des données du recensement général de la population de 1999 ou des enquêtes Emploi annuelles, par stratification selon le sexe, l'âge, la profession du chef de famille, la taille d'agglomération, la région, le niveau de diplôme et le statut actif/inactif.
- Les réponses à une enquête d'opinion sont par nature très sensibles à la façon dont sont formulées les questions ou à d'autres facteurs comme leur place dans le questionnaire. La publication de résultats en « niveaux » n'a donc qu'un intérêt limité et peut même conduire à des interprétations hâtives, voire erronées. Au contraire, le caractère « barométrique » de l'enquête réalisée par BVA procure une information pertinente sur la manière dont les opinions évoluent dans le temps, alors même que la formulation des questions et l'organisation du questionnement restent les mêmes d'une vague d'enquête à l'autre. Les résultats de l'enquête barométrique apparaissent assez peu sensibles à la conjoncture, ce qui incite à penser qu'elle rend principalement compte d'évolutions structurelles. Statistiquement, en première approximation, une évolution dans le temps n'a été considérée comme significative qu'à partir d'un seuil de variation de 4 points.
- Certaines questions nouvelles ont été traitées afin, pour cette année, de faire ressortir l'hétérogénéité des réponses selon les caractéristiques socioculturelles des populations.
- Celles-ci, en effet, ont une influence sensible sur les opinions exprimées par les interviewés. Certaines de ces caractéristiques sont d'ailleurs en partie liées : ainsi, l'appartenance à la catégorie socioprofessionnelle des cadres supérieurs et professions libérales, la perception d'un revenu de niveau élevé et la détention de diplômes bac + 2 et plus sont des caractéristiques significativement corrélées. Les analyses antérieures (Forsé, Parodi) ont conduit à privilégier, comme facteurs explicatifs, l'âge, le sexe, la profession, le niveau de diplôme ainsi que le fait qu'il soit bénéficiaire du RMI ou d'allocations de chômage ou que l'interviewé lui-même ou un membre de sa famille soit spécifiquement concerné par la question posée (handicap, dépendance, présence d'enfants). D'autres caractéristiques telles que le niveau de revenus n'ont été prises en considération que de façon secondaire.
- La catégorie socioprofessionnelle est celle de la personne interrogée, qu'elle soit ou non « chef de famille ». Les revenus déclarés par les personnes interrogées sont les revenus mensuels nets du ménage, comprenant les salaires et les revenus de transfert, allocations et pensions.

1. Le libellé de la question a été modifié en 2004. Avant 2004, le texte était le suivant : « Je vais vous citer un certain nombre de choses qui peuvent aider à rester en bonne santé. Pour chacune d'entre elles, dites-moi si, pour rester en bonne santé, elle vous paraît : « plutôt indispensable », « préférable » ou « pas indispensable ? ». Après 2004, les modalités de réponses proposées étaient : « importante (très ou assez importante) ou non (peu ou pas importante du tout) ».

2. Ces différences d'opinions se retrouvent dans d'autres sources d'information : baromètre santé 2000 et baromètre nutrition du CFES, Enquête permanente sur les conditions de vie des ménages (EPCV – réalisée chaque année par l'INSEE). Le tabagisme des adultes demeure plus fréquent pour les hommes que pour les femmes, tout comme la consommation de boissons alcoolisées. Les femmes surveillent davantage leur alimentation, sont plus préoccupées que les hommes par la « valeur santé de l'alimentation » et se pèsent plus souvent que les hommes, comme le montre l'Enquête sur la santé et les soins médicaux 2002-2003.

blèmes professionnels », ni de « problèmes familiaux », ainsi que de « faire du sport » sont considérés comme des facteurs très importants de maintien en bonne santé par 44 % des Français, alors que le fait de « se faire suivre régulièrement par un médecin » ne l'est que par 28 % d'entre eux.

Une satisfaction élevée en matière d'information, mais qui tend à reculer

L'amélioration de l'information en matière de santé semble largement reconnue par la population. 73 % des Français estiment en effet que l'« on est de mieux en mieux informé sur ce qui se passe en matière de santé ». Cette opinion, encore largement majoritaire, a toutefois reculé de 4 points en 5 ans. Elle est davantage affirmée par les plus âgés (écart de 12 points entre les plus et les moins de 35 ans), mais moins fréquemment par les chômeurs (9 points en dessous de la moyenne).

68 % des Français pensent en revanche que « les médias ont tendance à exagérer les problèmes en matière de santé publique » (+7 points en 5 ans), les « professions libérales et cadres supérieurs » étant les moins critiques sur ce point (15 points en dessous de la moyenne).

53 % des Français (+7 points en 5 ans) déclarent également qu'« il y a trop d'informations en matière de santé et c'est trop compliqué pour que l'on puisse maintenant avoir une opinion ». C'est le cas des personnes les plus âgées (écart de 7 points entre les

tranches d'âge extrêmes) et les moins diplômées (26 points d'écart entre les sans-diplôme et les bac + 2 et plus).

Toutefois, de moins en moins de Français déclarent n'avoir « confiance qu'en ce que dit son médecin » (46 %, soit -5 points en 5 ans). Là encore, les personnes âgées (écart de 21 points entre les 65 ans et plus et les 18-24 ans) et les moins diplômées (écart de 25 points entre les non-diplômés et les bac + 2 et plus) sont comparativement plus nombreuses à émettre ce jugement.

Une préoccupation qui demeure sur les risques sanitaires liés à l'alimentation

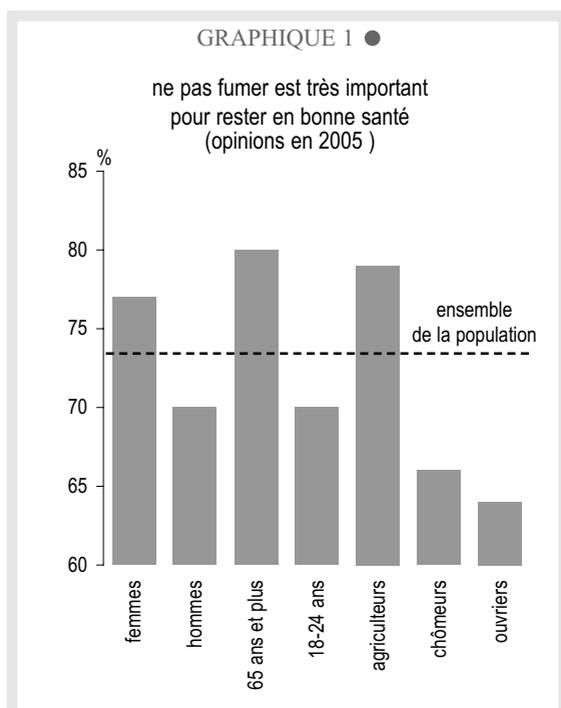
Quelques idées fortes continuent à caractériser l'opinion des Français vis-à-vis des risques sanitaires.

« Le risque zéro n'existe pas » est une opinion que partagent une proportion croissante et considérable d'entre eux (94 % en 2005, +8 points en 5 ans), tandis que 74 % déplorent qu'« on ne contrôle plus ce que l'on a dans son assiette et que cela aura des conséquences graves à terme ». Ce jugement est exprimé de façon stable et homogène, à l'exception des agriculteurs et des « professions libérales et cadres supérieurs » qui se situent à respectivement 11 et 5 points en dessous de la moyenne.

69 % des Français déclarent par ailleurs que « s'il y a des crises sanitaires, c'est parce que l'État ne contrôle pas suffisamment ce qui se passe », mais cette opinion recule de 4 points en cinq ans. Ce sont les personnes les moins diplômées qui expriment le plus cette opinion (écart de 20 points entre les non-diplômés et les bac + 2 et plus), tandis que les agriculteurs et les ouvriers s'opposent sur ce sujet (respectivement 22 points en dessous et 10 points au-dessus de la moyenne).

37 % des Français seulement pensent que « les aliments sont en moyenne de meilleure qualité qu'au-paravant », cette proportion restant stable depuis 2000. Les femmes sont plus pessimistes que les hommes (avec un écart important de 6 points). Les agriculteurs sont au contraire les plus optimistes (17 points au-dessus de la moyenne), probablement en partie parce qu'ils participent à la production des aliments.

Paradoxalement, le sentiment d'amélioration devient majoritaire : 55 % des Français (+8 points en 5 ans) affirment que « l'on exagère les problèmes et que, malgré ce que l'on dit, cela va quand même mieux qu'avant ». Une nouvelle fois, cette opinion est particulièrement affirmée par les agriculteurs (12 points au-dessus de la moyenne).



Davantage d'opinions favorables à la limitation des dépenses de santé

73 % des Français (+8 points depuis 2000, et notamment +6 points depuis 2004) ont le sentiment que « tout le monde peut être soigné quel que soit son revenu ». Cette opinion est davantage partagée par les gens les plus âgés (13 points d'écart entre les tranches d'âge extrêmes). En revanche, une proportion, stable sur cinq ans (près de six Français sur dix), estime qu'il existe des différences en fonction du revenu et du lieu d'habitation, à la fois dans l'accès aux soins et dans la qualité des soins prodigués. Les individus les plus diplômés mentionnent le plus fréquemment ces inégalités.

Une majorité de Français continue de considérer qu'une politique de limitation des dépenses de santé ne peut pas avoir d'objectifs uniquement budgétaires, mais les points de vue apparaissent plus nuancés que par le passé (graphique 2). 65 % des Français (contre 75 % en 2000) estiment ainsi que « dans un pays développé, il est normal que l'on dépense de plus en plus pour la santé ». De même, seuls 59 % des Français (-13 points par rapport à la période 2000-2002) estiment désormais qu'« il n'y a pas de raison de limiter les dépenses car la santé n'a pas de prix ».

Les plus réticents à accepter une limitation des dépenses sont les chômeurs, alors que les plus favorables sont les « professions libérales et cadres supérieurs » et les agriculteurs avec un écart de 17 points entre les deux extrêmes.

Si l'augmentation des dépenses de santé est encore largement considérée comme légitime, 86 % des Français (+5 points en 5 ans) estiment que « les dépenses de santé sont trop élevées car le système n'est pas bien géré ». Toutefois, à leurs yeux, cela ne remet pas en cause le système existant : ainsi, de moins en moins de Français jugent que « s'il n'y avait pas le monopole de la Sécurité sociale, ça marcherait mieux » (28 % en 2000 et 21 % en 2005).

Assurance maladie : la régulation des comportements préférée aux augmentations de cotisations

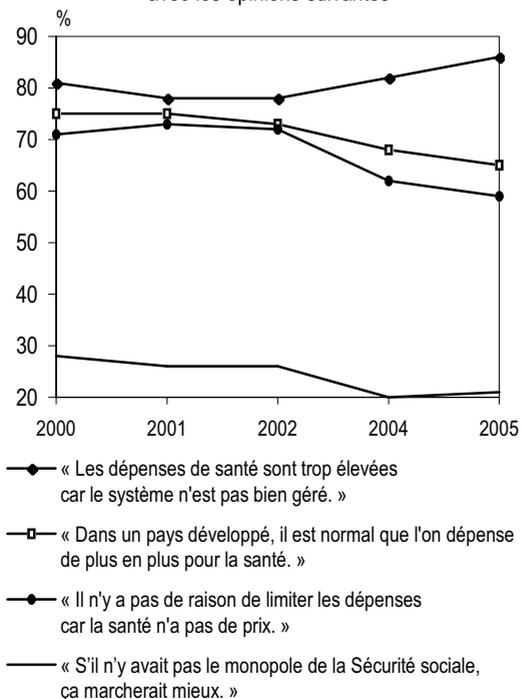
Une forte majorité des personnes interrogées (76 %) soutient le principe de solidarité sur lequel est fondée l'assurance maladie³. 4 % seulement opteraient pour un changement drastique⁴ et 18 %, pour un changement moins brutal⁵.

Interrogés⁶ sur les mesures qu'ils retiendraient pour réduire le déficit de l'Assurance maladie, les Français citent en priorité le fait « de modifier les habitudes des médecins pour qu'ils prescrivent moins de médica-

ments et d'exams, ou des médicaments et des examens moins chers » (79 % des personnes interrogées, les agriculteurs se situant 9 points au-dessus de la moyenne) et « de ne pas rembourser les consultations pour les gens qui vont consulter plusieurs médecins pour la même chose » (75 % des personnes interrogées, notamment les plus âgées, avec un écart de 15 points entre les 65 ans et plus et les 18-24 ans, les agriculteurs et les employeurs se situant pour leur part 13 points au-dessus de la moyenne). Ils souhaiteraient également « limiter la liberté des médecins concernant les prix de leurs consultations » (73 % des personnes interrogées, les bénéficiaires du RMI se situant 8 points en dessous de la moyenne), et « mieux rembourser les gens qui vont voir leur médecin de famille avant de consulter un spécialiste » (63 % des personnes interrogées, notamment les individus les moins diplômés, avec un écart de 15 points entre niveaux extrêmes).

GRAPHIQUE 2 ●

proportion de « plutôt d'accord » avec les opinions suivantes



3. C'est-à-dire, ont choisi la modalité de réponse suivante : « il faut maintenir le système de solidarité actuel ».

4. Modalité de réponse choisie : « il faut que les personnes qui risquent de coûter plus cher à l'assurance maladie payent des cotisations plus élevées ».

5. Modalité de réponse choisie : « il faut maintenir une solidarité forte seulement avec les personnes atteintes de maladies graves ».

6. Le libellé de la question a été nettement modifié en 2005, ce qui rend impossible l'analyse de l'évolution des réponses.

ENCADRÉ 2 ●

LES PROBLÈMES JUGÉS PRIORITAIRES PAR LES FRANÇAIS
ET LEURS ATTENTES VIS-À-VIS DES POUVOIRS PUBLICS

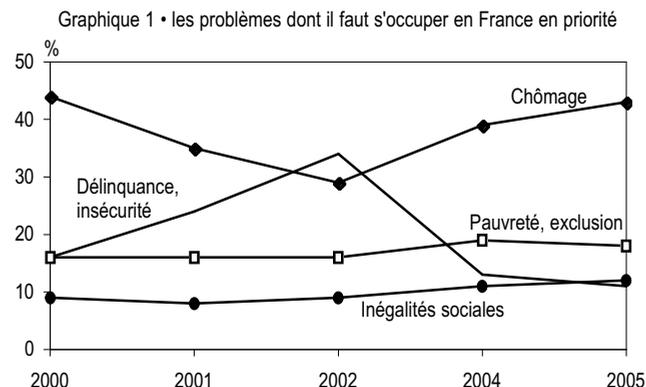
Une priorité donnée aux problèmes de chômage et de pauvreté

En 2005, 62 % des Français se disent optimistes pour eux-mêmes quand ils pensent à l'avenir (-7 points en 5 ans), 35 % des Français seulement se disent optimistes pour leurs enfants et les générations futures (-15 points en 5 ans). Dans les deux cas, l'optimisme diminue avec l'âge et augmente avec le niveau de revenu du foyer et le niveau de diplôme de l'interviewé.

Les causes de préoccupations personnelles et pour la France se répartissent en trois blocs. Les sujets comme la pauvreté, le cancer, le chômage, les problèmes liés à l'environnement, les accidents de la route, le sida mais aussi les guerres dans le monde inquiètent beaucoup les Français (au moins à 80 %), aussi bien pour eux-mêmes que pour leur pays et de façon très stable sur cinq ans. Les risques alimentaires constituent un sujet à part : ils préoccupent encore 75 % des Français pour eux-mêmes (un peu plus pour la France) mais ils sont en net recul par rapport à 2000 (respectivement de 7 et 10 points). Quatre autres sujets (les migrations des populations des pays riches vers les pays pauvres, la forte croissance démographique des pays en voie de développement, les crises financières internationales, le vieillissement des populations dans les pays développés) inquiètent nettement moins les Français pour eux-mêmes que pour la France. Les citoyens considèrent ainsi que la mise en place de l'euro et la réforme des retraites sont réussies en ce qui les concerne, mais que les crises financières et le vieillissement des populations dans les pays développés restent des sujets préoccupants pour la France.

La hiérarchie des problèmes dont les personnes interrogées estiment qu'il « faut s'occuper en France, en priorité » s'était inversée en 2002, puis à nouveau en 2004 (graphique 1). Le mouvement d'opinion observé alors se conforte au premier semestre 2005. Le chômage arrive ainsi en tête des problèmes cités (pour 43 % des Français, +14 points par rapport à 2002), tandis que la délinquance et l'insécurité passent en quatrième position (11 % des Français, -23 points par rapport à 2002). Cet item est dépassé désormais par la « pauvreté et l'exclusion » (pour 18 % des Français) et par « les inégalités sociales » (12 %). Les priorités données au « chômage » et à « la pauvreté et exclusion » s'inversent selon le sexe, l'âge et le niveau de diplôme, les hommes, les jeunes, les non-diplômés plaçant le chômage en tête.

Si, en 2005, 71 % des Français (en légère progression depuis 2000) répondent qu'ils trouvent la société française « plutôt injuste », ce sentiment est plus fort pour les femmes (6 points de plus que les hommes), les bénéficiaires du RMI, les chômeurs et les « artisans ou commerçants » (de 7 à 11 points au-dessus de la moyenne).



Montée de la perception des inégalités, particulièrement en matière de logement

En 2005, 6 % des Français seulement (-5 points depuis 2000) pensent que les inégalités ont plutôt diminué, 13 % qu'elles sont restées stables et a contrario, 78 % d'entre eux (69 % en 2000, 60 % en 2001 et 65 % en 2002) ont le sentiment qu'elles ont plutôt augmenté en France au cours des cinq dernières années. 74 % des Français (+9 points depuis 2000 mais +15 points par rapport à 2002) pensent que les inégalités vont plutôt augmenter dans l'avenir, 11 % qu'elles resteront stables et 10 % qu'elles diminueront.

Les Français sont moins pessimistes concernant les inégalités entre les sexes. Certes, 66 % des personnes interrogées en 2005 jugent qu'elles sont importantes (72 % des femmes et 58 % des hommes). Mais 52 % des Français (49 % en 2004) ont « le sentiment » qu'elles vont diminuer à l'avenir (17 % qu'elles vont augmenter et 27 % qu'elles vont rester stables). Les hommes (13 points d'écart avec les femmes) et les jeunes de 18 à 24 ans (64 %) sont nettement plus optimistes.

Les inégalités perçues comme « les plus répandues dans la société française » sont d'abord les inégalités de revenus (pour 61 % des Français, -6 points en 5 ans), suivies de loin par les inégalités de logement (33 % des Français, +7 points en 5 ans) et par les inégalités « par rapport au fait d'avoir un emploi ».

En 2005, ce sont les inégalités d'accès aux soins et les inégalités de revenus qui sont considérées comme les moins acceptables pour 37 % des Français, suivies par les inégalités de logement (33 %) et les inégalités liées à l'origine ethnique (30 %, +7 points par rapport à 2000).

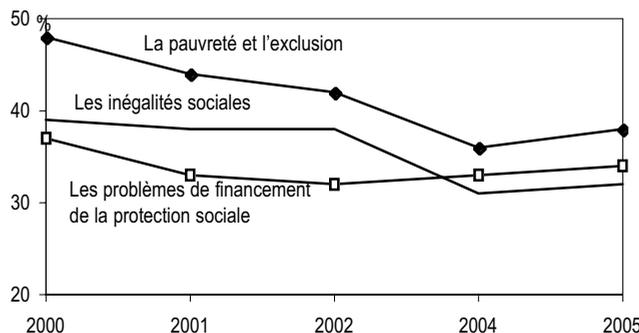
En %	Les inégalités les plus répandues				Les inégalités les moins acceptables			
	2000	2002	2004	2005	2000	2002	2004	2005
• de revenus	67	65	59	61	46	44	35	37
• de logement	26	33	31	33	30	36	34	33
• par rapport au fait d'avoir un emploi	28	22	28	29	25	18	23	24
• liées à l'origine ethnique	16	17	20	22	23	25	27	30
• d'accès aux soins	16	16	17	15	31	32	37	37

Des attentes toujours fortes vis-à-vis de l'État

Ce sont d'abord les pouvoirs publics qui doivent, selon les Français, traiter les problèmes. « La solidarité, c'est l'affaire avant tout de l'État et des collectivités locales » pour 48 % des individus interrogés (une opinion stable sur 5 ans mais affirmée sensiblement davantage par les 35 ans et plus que par les moins de 35 ans, avec 13 points d'écart). Les individus et les familles arrivent en deuxième position (37 %). Les associations ne sont privilégiées que par 9 % des interviewés (mais sensiblement moins par les 35 ans et plus que par les moins de 35 ans, avec 10 points d'écart). La Sécurité sociale, dernier acteur proposé, n'est mise en avant que par 4 % des personnes interrogées.

Paradoxalement, les Français ne se font guère d'illusions sur la capacité des « pouvoirs publics » à résoudre les problèmes en profondeur (graphique 2). Ils mettent d'ailleurs l'accent davantage sur des changements modérés que sur des bouleversements. 77 % des personnes interrogées (+9 points en 5 ans) pensent qu'il faut réformer la société française sur certains points tout en conservant l'essentiel. Cette opinion est portée, nettement plus que la moyenne, par les plus diplômés, les foyers aux revenus les plus élevés et les professions intermédiaires. Les personnes interrogées se montrent assez interventionnistes. En 2005, 55 % pensent qu'il n'y a pas assez d'intervention de l'État en matière économique et sociale (18 % qu'il y en a « trop » et 22 % « juste ce qu'il faut »). Ces opinions sont très stables dans le temps et ce sont surtout les femmes, les personnes plutôt jeunes, les chômeurs et les bénéficiaires du RMI qui jugent qu'il n'y en a pas assez.

Graphique 2 • la capacité des pouvoirs publics à résoudre en profondeur



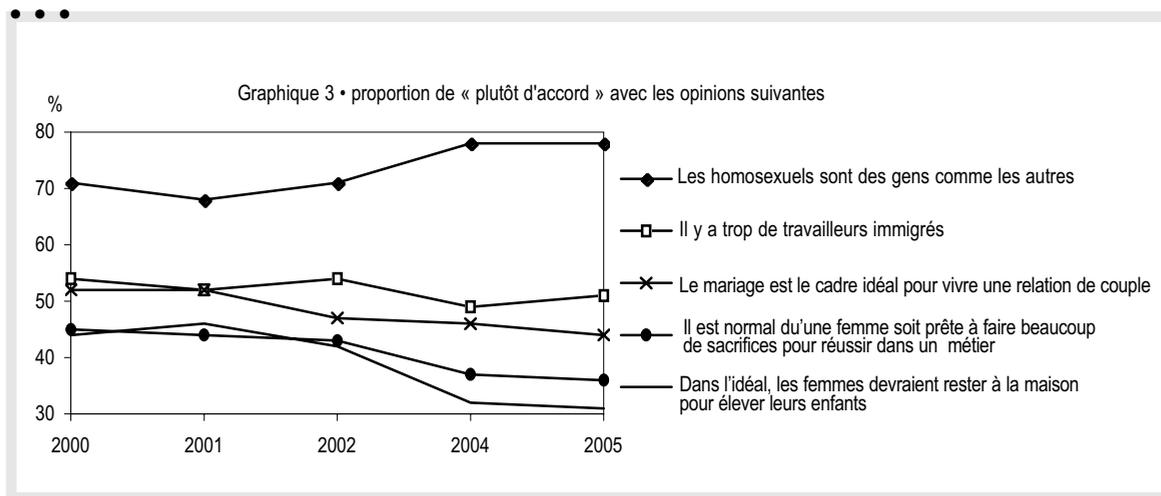
Si les Français attendent encore beaucoup de l'État en matière de protection sociale, ce n'est plus le cas de l'Europe. 45 % des Français estiment qu'elle est « plutôt une mauvaise chose » (+10 points en 5 ans, +15 points entre 2002 et 2005). Parallèlement, moins de personnes pensent qu'elle est « une bonne chose » (-9 points en cinq ans, -17 points entre 2002 et 2005). Le jugement favorable vient notamment des jeunes (les 18-24 ans se situant 10 points au-dessus de la moyenne) et des individus les plus diplômés (8 points d'écart entre les niveaux extrêmes), les jugements les plus négatifs étant à l'inverse exprimés par les membres d'organisations syndicales et les chômeurs (respectivement 13 et 8 points au-dessus de la moyenne).

Davantage de tolérance

Au-delà de certains clivages, les Français sont davantage ouverts par rapport aux questions de société (graphique 3).

Concernant l'homosexualité, les femmes (10 points d'écart par rapport aux hommes) et les jeunes (12 points d'écart entre les moins et plus de 35 ans) font preuve d'une grande ouverture d'esprit à l'inverse des étrangers et de ceux qui déclarent une pratique religieuse régulière (24 points en dessous de la moyenne). Les personnes les plus âgées considèrent davantage qu'il y a trop de travailleurs immigrés (15 points d'écart entre les plus et les moins de 35 ans), ainsi que les personnes sans diplôme (écart énorme de 43 points avec les plus diplômés). « Le mariage est le cadre idéal pour vivre une relation de couple » est une opinion nettement plus affirmée par les hommes, les personnes les plus âgées, les étrangers et surtout les personnes qui déclarent une pratique religieuse régulière (écarts de 12 à 41 points). Il en est de même pour les personnes les plus âgées et celles qui déclarent une pratique religieuse régulière (écart d'environ 17 points) à propos de l'opinion « dans l'idéal, les femmes devraient rester à la maison pour élever leurs enfants ».

Les demandes de contreparties sont toutefois clairement énoncées : en 2005, 69 % des individus estiment qu'« il est préférable pour la société que les immigrés ne conservent pas leurs coutumes et traditions mais adoptent celles de leur pays d'accueil », contre 25 % qui pensent préférable que « les immigrés conservent leurs propres coutumes et traditions ». Les personnes les plus âgées retiennent davantage la première formule (16 points d'écart entre les plus et les moins de 35 ans), tandis que les étrangers préfèrent la seconde (18 % au-dessus de la moyenne).



À l'inverse, deux autres mesures recueillent moins de la moitié d'opinions favorables : « limiter le remboursement de la Sécurité sociale pour certaines prestations » (48 % des personnes interrogées, notamment les femmes avec un écart de 6 points par rapport aux hommes et les titulaires de revenus d'actifs financiers, 13 points au-dessus de la moyenne) et « augmenter les cotisations » (15 % des personnes interrogées, notamment les hommes, avec un écart de 5 points par rapport aux femmes, et les 18-24 ans, avec 10 points au-dessus de la moyenne).

En cas de diminution des remboursements de certaines prestations par la Sécurité sociale, 47 % des Français, dont les chômeurs et les bénéficiaires du RMI (respectivement 20 et 17 points au-dessus de la moyenne) déclarent qu'ils essaieraient de limiter leurs dépenses de soins, à la différence des « professions libérales et cadres supérieurs » (14 points en dessous). Les non-diplômés le feraient davantage que les plus diplômés (18 points d'écart entre les niveaux extrêmes), ainsi que les personnes les plus âgées (écart de 13 points entre tranches d'âge extrêmes).

29 % des Français (38 % en 2004) préféreraient pour leur part payer « une cotisation plus élevée pour leur mutuelle ou assurance complémentaire pour maintenir le niveau de remboursement global ». C'est le cas en particulier des plus diplômés (14 points d'écart avec les non-diplômés), les chômeurs et agriculteurs se situant au contraire nettement en dessous de la moyenne (9 points). 15 % des Français (contre 11 % en 2004) accepteraient quant à eux une « baisse des remboursements en payant de leur poche », notamment la catégorie professions libérales et cadres supérieurs (8 points

au-dessus de la moyenne). Ce choix est aussi partagé par les personnes les plus diplômées et les plus âgées.

80 % des Français se déclarent plutôt d'accord avec l'idée qu'il faut « aider les personnes ne disposant pas d'une assurance complémentaire à en bénéficier ». Les plus jeunes y sont plus favorables que les plus âgés (écart de 19 points entre tranches d'âge extrêmes) et les bénéficiaires du RMI se situent 15 points au-dessus de la moyenne. 74 % des Français disent aussi être plutôt d'accord avec l'idée qu'il « est normal de moins rembourser les prestations qui ne sont pas indispensables », notamment les hommes (5 points d'écart avec les femmes), les agriculteurs et les titulaires de revenus d'actifs financiers ou de locations (respectivement 15 et 8 points au-dessus de la moyenne).

Enfin, 66 % (contre 63 % en 2004) des personnes interrogées souhaitent « maintenir tous les petits hôpitaux de proximité, même si cela coûte cher ». Cette proposition reçoit davantage l'assentiment des personnes non-diplômées (23 points d'écart par rapport aux bac + 2 et plus) et, logiquement, des agriculteurs que de la catégorie professions libérales et cadres supérieurs (22 points d'écart). Les partisans du maintien de tous les petits hôpitaux sont proportionnellement plus nombreux dans les agglomérations de moins de 20 000 habitants (10 points au-dessus de la moyenne), cette proportion diminuant ensuite selon la taille de l'agglomération – les habitants des zones rurales se situent dans la moyenne. Par ailleurs, 31 % des français (34 % en 2004) des Français déclarent préférer la fermeture « des petits hôpitaux où la sécurité n'est pas assurée, à condition de pouvoir accéder rapidement aux grands établissements ».

Réforme de l'Assurance maladie : des attentes plus fortes en matière de suivi sanitaire que de réduction des dépenses

Les Français exprimaient début 2005 des opinions nuancées quant à la réforme de l'Assurance maladie intervenue en 2004. 65 % d'entre eux pensent que le choix d'un médecin traitant va « *contribuer à augmenter le nombre de consultations de généralistes* ». Parmi eux, on trouve notamment les femmes (5 points d'écart avec les hommes), les plus jeunes (écart de 14 points entre les tranches d'âge extrêmes) et les plus diplômés (écart de 10 points entre les niveaux extrêmes). 59 % attendent une « *amélioration de la qualité des soins et du suivi médical* » en particulier les hommes (5 points d'écart avec les femmes) et les jeunes (écart de 9 points entre les moins et plus de 35 ans). Seuls 41 % estiment que cela peut « *contribuer à réduire les dépenses de santé* », un peu plus parmi les bénéficiaires du RMI et les agriculteurs (respectivement 49 % et 54 %).

55 % des personnes interrogées, et notamment les femmes (7 points d'écart avec les hommes), estiment en outre que cela « *rendra plus difficile l'accès aux spécialistes* ». À cet égard, seules 32 % des personnes déclarent qu'elles « *trouveraient normal, dans ce cadre, d'être moins remboursées* »⁷. Les hommes (7 points de plus que les femmes) et les titulaires de hauts revenus (13 points d'écart entre niveaux extrêmes) sont un peu plus favorables à cette idée. Seuls 23 % des interviewés « *trouveraient normal, dans ce cadre, que la consultation soit plus chère* ».

Pour 78 % des Français, le dossier médical partagé « *va contribuer à améliorer la santé du patient et son suivi médical* ». Concernant l'accès au dossier l'opinion hésite : pour 73 %, « *il devrait être accessible à tous les médecins (généralistes et spécialistes)* » mais pour 71 %, « *il devrait être accessible uniquement à l'ensemble des médecins que le patient a choisi afin de protéger sa vie privée* ». Les personnes les plus âgées se prononcent davantage pour un accès illimité au dossier, tandis que les plus jeunes se soucient plus de la protection de la vie privée.

53 % des personnes interrogées, en particulier la catégorie professions libérales et cadres supérieurs, les titulaires des revenus les plus élevés et les plus diplômés pensent que le dossier médical partagé « *va permettre une réduction des dépenses de santé* ». Enfin, seuls 32 % des individus (mais nettement plus chez les ouvriers, les titulaires des revenus les plus faibles et les moins diplômés) estiment que le dossier

médical partagé « *devrait être réservé aux patients atteints d'une maladie grave* ».

Pour 70 % des interviewés (davantage les plus jeunes), la participation financière d'un euro payable à chaque acte médical « *est un prélèvement supplémentaire destiné à combler le déficit de l'Assurance maladie* ». Pour 62 %, cette participation doit responsabiliser « *les patients en évitant d'aller consulter le médecin pour des soins inutiles* » : les jeunes sont plus nombreux à le penser (7 points d'écart entre les moins et les plus de 35 ans), les agriculteurs également à la différence des « *professions libérales et cadres supérieurs* » (23 points d'écart). Enfin, 47 % des personnes estiment que cette participation « *risque d'introduire des inégalités dans l'accès aux soins* » : c'est davantage l'avis des femmes (écart de 6 points par rapport aux hommes) et des personnes déclarant « *une maladie ou problème de santé chronique personnel* » (5 points au-dessus de la moyenne).

LA DÉPENDANCE : UNE PRISE EN CHARGE PUBLIQUE ATTENDUE, MAIS UNE OPINION PARTAGÉE SUR LES SOLUTIONS À ADOPTER

De plus en plus de Français estiment désormais qu'il incombe à l'État de prendre en charge la dépendance (47 %, soit un gain de 8 points en 5 ans). Parmi les sept autres acteurs proposés dans le questionnaire, aucun n'est souvent cité. Les « *familles des personnes concernées* », citées en deuxième position sont ainsi mises en avant par 16 % des Français (-4 points en 5 ans). Les « *caisses de retraite* », les « *collectivités locales* » et les « *caisses d'assurance maladie* » ne sont ensuite mentionnées que par 8 % à 10 % des Français.

Si une cotisation spécifique devait être créée pour couvrir le risque dépendance, 46 % des Français souhaiteraient qu'elle ne soit supportée que par ceux qui le veulent : cette opinion est davantage soutenue par les femmes que par les hommes (écart de 5 points) et par la catégorie artisans ou commerçants (avec un écart sensible de 14 points par rapport à la catégorie professions libérales et cadres supérieurs). 34 % des Français la souhaiteraient au contraire obligatoire pour tous, notamment les hommes (écart de 6 points avec les femmes), les personnes les plus âgées (écart de 11 points entre les plus et les moins de 35 ans) et les « *professions libérales et cadres supérieurs* » (écart de 16 points avec les chômeurs et les « *artisans ou commerçants* »). 16 % des Français pensent enfin qu'elle ne devrait devenir obligatoire qu'à partir d'un certain âge.

7. La loi prévoit que, si un patient va directement chez un spécialiste (sauf pédiatres, gynécologues, ophtalmologues, psychiatres, etc.) sans passer par son médecin traitant, il sera moins remboursé, le spécialiste pouvant en outre lui faire payer plus cher sa consultation.

Enfin, 66 % des Français (opinion stable sur 5 ans) seraient « prêts à épargner davantage en prévision d'une éventuelle situation de dépendance ». Cette disposition à épargner diminue légèrement avec l'âge (écart de 8 points entre les moins et les plus de 35 ans) et augmente avec le niveau de diplôme (écart de 14 points entre les titulaires du baccalauréat et les bac + 2 et plus, par rapport aux non-diplômés).

Une diversité de solutions envisagées

Les quatre solutions proposées par le questionnaire face à la dépendance d'un parent proche sont globalement citées dans des proportions similaires, mais avec une répartition très différente selon les catégories socioprofessionnelles. Le maintien à domicile de la personne dépendante, dans ses différentes déclinaisons, est toutefois privilégié par 78 % des Français.

La modalité de réponse « vous feriez en sorte de pouvoir vous en occuper à son domicile » est retenue par 29 % des personnes, mais beaucoup plus par les agriculteurs que par les « artisans ou commerçants » et les « professions libérales et cadres supérieurs » (écart d'une vingtaine de points). La deuxième solution proposée (« vous l'accueilleriez chez vous ») reçoit l'assentiment de 26 % des Français, beaucoup plus des chômeurs et des « artisans ou commerçants » que des agriculteurs et des « professions libérales et cadres supérieurs » (écart d'une quinzaine de points), et des non-diplômés que des plus diplômés (écart de 9 points). Les personnes de nationalité étrangère et celles qui déclarent une pratique religieuse régulière préconisent aussi davantage cette option (respectivement 35 points et 8 points au-dessus de la moyenne). La troisième proposition (« vous consacreriez une partie de votre revenu à lui payer des aides de manière à ce qu'il reste à son domicile ») est, quant à elle retenue par 23 % des Français, les « professions libérales et cadres supérieurs » envisageant beaucoup plus souvent cette solution (18 points au-dessus de la moyenne). La quatrième solution (« vous le placeriez dans une institution spécialisée ») apparaît en légère progression (+4 points en 5 ans). Tout en demeurant très minoritaire, elle recueille désormais l'approbation de 18 % des personnes.

Le fait de connaître une personne dépendante modifie quelque peu les choix exprimés : l'éventualité du placement dans une institution est plus souvent citée, contrairement à l'accueil chez soi. Toutefois, 75 % des personnes dans cette situation optent toujours pour le maintien à domicile (gra-

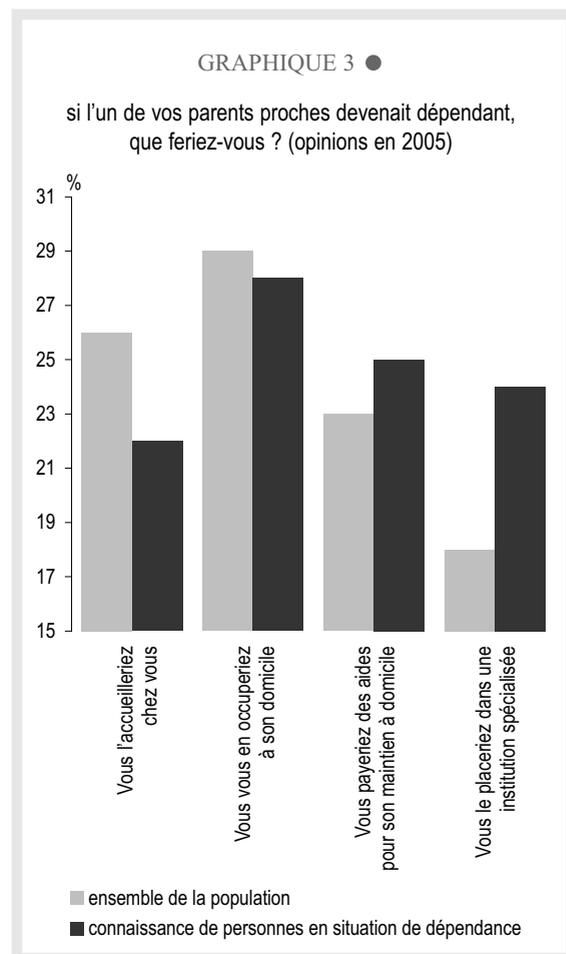
phique 3). 64 % des interviewés approuvent l'accueil « chez eux » quand la personne dépendante s'y trouve déjà, tandis que 44 % d'entre eux se prononcent pour le placement en établissement quand la personne dépendante y réside.

40 % des individus interrogés (sans changement en 5 ans) déclarent en outre envisageable l'idée de vivre eux-mêmes en établissement pour personnes âgées. C'est notamment l'opinion des personnes les plus âgées (écart de 9 points entre les plus et les moins de 35 ans).

L'attente sociale est forte dans le domaine du handicap

Les quelques questions posées depuis 2004 montrent une attente forte concernant la prise en charge du handicap, par l'État en premier et les collectivités locales en deuxième (tableau 1).

Une faible majorité (53 % en 2005 contre 48 % en 2004) pense que « la société actuelle fait des efforts



pour intégrer les personnes handicapées ». 57 % des Français⁸ pensent qu'il « faut aider les personnes handicapées à travailler, quel que soit leur niveau de handicap », les plus favorables se trouvant parmi les « professions libérales et cadres supérieurs », les personnes les plus diplômées et les employeurs. À l'inverse, 40 % des Français jugent qu'« au-delà d'un certain niveau de handicap, il ne faut pas chercher à faire travailler les personnes handicapées ». Parmi les premiers, 46 % estiment qu'on peut, en premier lieu, améliorer l'accès à l'emploi des personnes handicapées en « obligeant les employeurs à recruter un nombre minimum de personnes handicapées ». Cette idée a peu de succès auprès des « artisans ou commerçants » (26 points en dessous de la moyenne), qui semblent plus réceptifs à l'idée de « développer les lieux de travail exclusivement réservés aux personnes handicapées » (40 % contre 22 % pour la moyenne nationale). La catégorie professions libérales et cadres supérieurs se montre plus favorable aux incitations (45 % contre 32 % pour la moyenne nationale), les personnes les moins diplômées (écart de 9 points avec les plus diplômés), aux lieux de travail protégés.

85 % des Français⁹ estiment que « tous les lieux publics et les équipements collectifs (transports en commun, services publics, lieux de loisirs, etc.) doivent obligatoirement être accessibles aux personnes handicapées », contre 14 % qui pensent qu'« on ne peut pas rendre tous les lieux publics et équipements collectifs accessibles aux personnes handicapées, car cela coûterait trop cher à la collectivité ».

61 % des Français (contre 58 % en 2004) préfèrent réserver l'aide financière destinée à compenser les

surcoûts liés au handicap « uniquement aux personnes disposant de faibles revenus ». 33 % (contre 37 % en 2004) souhaitent au contraire accorder l'aide « à toutes les personnes se trouvant dans cette situation, quel que soit leur niveau de revenu ». Les individus qui font état de la présence « d'une personne handicapée dans la famille » y sont un peu plus favorables que la moyenne (+4 points).

Pour 59 % des Français¹⁰, « il est normal que l'allocation aux personnes handicapées soit d'un montant supérieur au RMI uniquement pour les personnes ne pouvant pas travailler ». 35 % des individus jugent qu'« il est normal que l'allocation aux personnes handicapées soit d'un montant supérieur au RMI, pour l'ensemble des personnes reconnues comme handicapées, même si elles peuvent travailler » et 4 % (tout particulièrement les chômeurs, 9 points au-dessus de la moyenne), « que l'allocation aux personnes handicapées ne devrait pas être d'un montant supérieur au RMI ».

FAMILLE ET POLITIQUES FAMILIALES : DES SOUHAITS AXÉS SUR L'AIDE AUX FAMILLES MODESTES ET L'AUTONOMIE DES JEUNES

Une demande croissante pour permettre aux familles de mieux se loger

Interrogés sur les priorités de la politique familiale, les enquêtés souhaitent en premier lieu « une meilleure conciliation entre vie familiale et vie professionnelle » (pour 34 % des personnes, en faible

TABLEAU 1 ●

selon vous, qui doit prendre en charge les personnes handicapées ?

	en %		
	En premier	En deuxième	Total des citations
L'État	66	14	80
Les caisses d'assurance maladie	11	20	31
Les familles	9	10	19
Les collectivités locales	8	38	46
Les compagnies d'assurance	3	8	11
Les associations	2	9	11
Ne se prononce pas	1	1	2
	100	100	

8. En 2004, les réponses proposées étaient : « le handicap et le travail sont incompatibles » (6% des suffrages) et « il faut aider les personnes handicapées à travailler quel que soit leur niveau d'incapacité » (90 % des suffrages).

9. En 2004, à la question : « D'après vous tous les lieux publics (transports en commun, services public, lieux de loisirs comme les cinémas, les piscines, etc.), doivent-ils être accessibles à toutes les personnes handicapées ? », 96 % ont répondu positivement.

10. En 2004, les réponses proposées étaient : « il est normal que l'allocation aux adultes handicapés soit d'un montant supérieur au RMI » (91 % de suffrages) et « l'allocation aux adultes handicapés devrait être d'un montant identique au RMI » (6 % des suffrages).

augmentation depuis 2000) (graphique 4). Cette orientation est plus souvent souhaitée par les femmes (7 points d'écart par rapport aux hommes), les personnes les plus diplômées, les membres d'associations (7 à 10 points au-dessus de la moyenne), à l'inverse des Français par acquisition (10 points en dessous). L'objectif consistant à « *permettre aux familles de mieux se loger* » arrive en deuxième position (pour 31 % des personnes) mais progresse fortement (+10 points en 5 ans). Cette opinion est plus particulièrement le fait des jeunes (10 points d'écart entre les moins et les plus de 35 ans), des chômeurs, des femmes au foyer, des habitants de l'agglomération parisienne, des Français par acquisition et des bénéficiaires du RMI (7 à 10 points au-dessus de la moyenne).

16 % des personnes souhaitent prioritairement « *rendre les jeunes de plus de 20 ans plus autonomes à l'égard de leurs familles* ». Cette opinion est principalement exprimée par les jeunes eux-mêmes et les personnes les moins diplômées. Enfin, seulement 8 % et 9 % des Français considèrent le fait de « *soutenir la natalité* » et de « *rapprocher les niveaux de vie des familles avec enfants des personnes sans enfant* » comme des objectifs prioritaires. Les personnes qui déclarent une pratique religieuse régulière préconisent de soutenir la natalité un peu plus fréquemment que la moyenne (4 points au-dessus).

Une priorité accordée aux prestations familiales en faveur des familles modestes

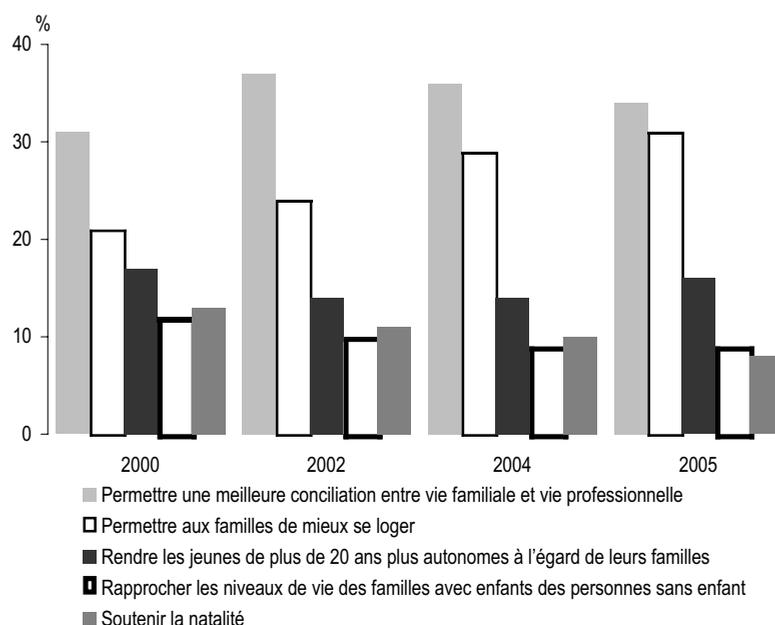
52 % des personnes interrogées estiment désormais que les familles qu'il faut aider en premier lieu sont celles qui ont les revenus « *les plus modestes* » (+6 points en 5 ans, et +10 points depuis 2002). L'aide aux familles monoparentales (17 % des interviewés, +4 points en 5 ans) arrive en deuxième position. Elle est souhaitée particulièrement par les femmes (6 points d'écart par rapport aux hommes), les divorcés et les parents d'un enfant. L'aide aux familles nombreuses est, quant à elle, évoquée par 10 % des personnes notamment par les hommes, les employeurs, les parents de familles nombreuses, les interviewés qui déclarent une pratique religieuse régulière, les étrangers et les bénéficiaires du RMI.

Davantage d'autonomie souhaitée pour les jeunes par rapport à leur famille

Faciliter la sortie des jeunes de l'univers familial est désormais considéré comme une orientation prioritaire des politiques en faveur des jeunes. « *Renforcer les dispositifs d'insertion et de formation des jeunes sans emploi et sans qualification* » est la mesure la plus souvent préconisée en premier (52 % des individus, +15 points en 5 ans). Cette idée

GRAPHIQUE 4 ●

les objectifs prioritaires de la politique familiale



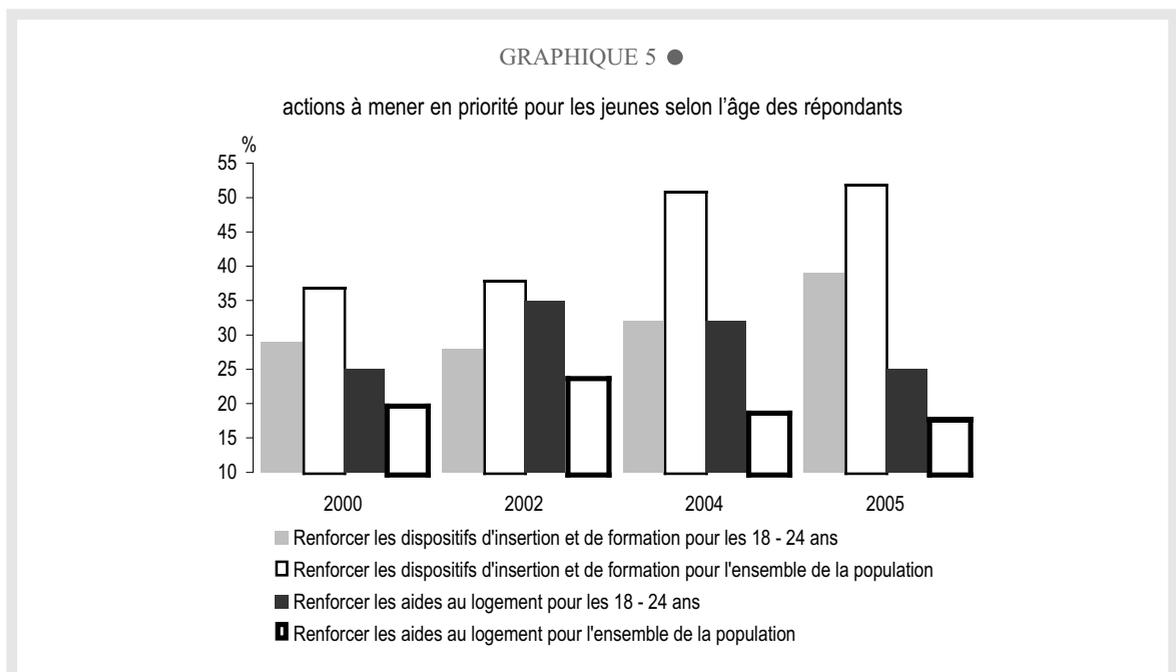
est particulièrement appréciée par les « professions libérales et cadres supérieurs » ainsi que par les titulaires de revenus élevés (6 à 7 points au-dessus de la moyenne), mais peu par les jeunes eux-mêmes (13 points en dessous de la moyenne pour les 18-24 ans). « Renforcer les aides au logement pour les jeunes » est la seconde mesure préconisée (18 % des personnes, chiffre stable depuis 2000), notamment par les jeunes eux-mêmes (7 points au-dessus de la moyenne pour les 18-24 ans) [graphique 5]. « Prolonger les allocations familiales au-delà de 20 ans » n'est plus cité que par 15 % des personnes (-8 points en 5 ans).

Modes de garde des jeunes enfants : l'opinion est partagée entre accueil collectif et garde parentale

42 % des Français considèrent que la crèche et les autres équipements collectifs sont le mode de garde le plus bénéfique en dehors des parents¹¹. Ce sont surtout les « professions libérales et cadres supérieurs » ainsi que les habitants de l'agglomération parisienne qui sont particulièrement de cet avis. 24 % des personnes interrogées, notamment les agriculteurs, les titulaires de faibles revenus, les bénéficiaires du RMI, ceux qui déclarent une pratique religieuse régulière et les étrangers (de 9 à 14 points au-dessus de la moyen-

ne) citent au contraire les « grands parents ». Les « assistantes maternelles » sont préférables pour 21 % des interviewés, en particulier pour les agriculteurs et les employeurs (8 et 12 points au-dessus de la moyenne) contrairement aux chômeurs et aux Français par acquisition (8 et 13 points en dessous de la moyenne). La rémunération d'une personne au domicile de l'enfant a la faveur de 12 % des individus.

44 % des Français (-5 points en 5 ans) estiment que « développer conjointement les services d'accueil des enfants et aménager le temps de travail des parents » est la meilleure solution en ce qui concerne les enfants en bas âge. C'est notamment l'avis des « professions libérales et cadres supérieurs », des professions intermédiaires et des membres d'organisations syndicales (8 à 9 points au-dessus de la moyenne) ainsi que des plus diplômés (écart de 16 points entre les niveaux extrêmes). La deuxième proposition (« favoriser l'arrêt d'activité de l'un des deux parents, pendant la période où les enfants sont en bas âge ») a progressé nettement depuis 2000 et est maintenant soutenue par 36 % des Français (+7 points en 5 ans), de façon symétrique par les moins diplômés (écart de 13 points entre les niveaux extrêmes). Elle l'est aussi par ceux qui déclarent une pratique religieuse régulière, les femmes au foyer et les familles comptant au moins un enfant de 10 à 18 ans (entre 10 et 12 points au-dessus de la moyenne). « Améliorer le nombre et la qualité des



11. La question posée depuis 2004 est la suivante : « en dehors des parents, quel vous semble être le mode de garde le plus bénéfique pour un enfant en bas âge : la crèche et autres équipements collectifs, les grands parents, une personne rémunérée à son domicile (assistante maternelle), une personne rémunérée au domicile de l'enfant ? »

services d'accueil des enfants hors domicile » apparaît enfin comme la meilleure solution pour 19 % des Français, notamment les « professions libérales et cadres supérieurs » et les habitants de l'agglomération parisienne (respectivement 7 et 5 points au-dessus de la moyenne).

Toujours en ce qui concerne la garde des enfants, l'idée que « *les hommes doivent bénéficier d'aménagements du temps de travail au même titre que les femmes* » s'affermir. Elle est mentionnée par 54 % des Français (+6 points en 5 ans), davantage par les femmes (+5 points par rapport aux hommes), et par les plus jeunes (écart de 13 points entre les moins et les plus de 35 ans). Il en est de même pour les « professions libérales et cadres supérieurs » (20 points au-dessus de la moyenne), les plus diplômés (écart de 26 points entre les niveaux extrêmes) et les membres d'organisations syndicales (10 points au-dessus de la moyenne).

Enfin, 51 % des Français jugent la durée du congé maternité suffisante, notamment les hommes (7 points de plus que les femmes), les jeunes (12 points d'écart entre les moins et les plus de 35 ans) et les personnes qui n'ont pas d'enfant de moins de 18 ans (12 points d'écart par rapport aux parents d'enfants de moins de 18 ans). 42 % des Français jugent au contraire cette durée trop courte, avec des écarts très prononcés : les femmes se situent 12 points au-dessus des hommes et les personnes n'ayant pas d'enfant, 18 points en dessous des parents d'enfants de moins de 18 ans.

43 % des personnes, et particulièrement les hommes (6 points d'écart avec les femmes), les étrangers (15 points au-dessus de la moyenne) et les personnes les moins diplômées (14 points d'écart entre niveaux extrêmes) pensent que le congé de paternité est « *avant tout une mesure qui permet d'aider la mère au moment de la naissance* ». 33 % estiment que cette mesure « *favorise l'implication du père* », notamment les femmes (8 points d'écart avec les hommes) et les « professions libérales et cadres supérieurs » (10 points au-dessus de la moyenne). La mesure est enfin jugée comme « *liée à l'évolution des mœurs* » ou comme « *revenant à augmenter le nombre de jours de congés* » par une minorité d'enquêtés (respectivement 15 % et 8 %).

RETRAITE : UN ÂGE « IDÉAL » DE DÉPART EN RETRAITE INFÉRIEUR À L'ÂGE « PROBABLE »

L'âge idéal cité pour le départ à la retraite est passé de 56 ans en moyenne de 2000 à 2002, à 58 ans en 2004 et 2005. Il s'agit sans doute d'une conséquence du débat sur la réforme des retraites. En

2005, les réponses relatives à cet âge idéal se concentrent sur les tranches d'âge 55-59 ans (31 % des Français, en légère diminution sur 5 ans) et 60-64 ans (41 %, +12 points en 5 ans, +10 points depuis 2002). On observe une baisse très importante des départs souhaités dans la tranche 50-54 ans (9 %, soit -11 points en 5 ans) et une augmentation des départs souhaités dans la tranche 65 ans et plus (11 %, soit + 5 points en 5 ans). Un départ à la retraite entre 60 et 64 ans est quant à lui privilégié par les plus de 35 ans (43 %, soit 7 points d'écart avec les moins de 35 ans), un départ à la retraite entre 50 et 54 ans étant fortement espéré par les moins de 35 ans (13 %, soit 6 points d'écart avec les plus de 35 ans). La tranche d'âge 60-64 ans est privilégiée aussi par les agriculteurs (24 points au-dessus de la moyenne).

L'âge de départ à la retraite que les personnes interrogées (retraités exclus) indiquent comme probable est en moyenne de 63 ans, comme en 2004. Les réponses se concentrent sur les tranches 60-64 ans (31 % des Français) et 65 ans et plus (39 %). Seuls 9 % des Français pensent pouvoir partir entre 55 et 59 ans. Le taux de non-réponse (20 %) est en hausse par rapport à 2004 (14 %) et est nettement plus élevé que pour l'âge idéal (6 %), ce qui dénote sans doute une montée des incertitudes par rapport aux conditions réelles d'application de la réforme. Les évolutions par rapport à 2000 sont faibles (tableau 2).

Les plus jeunes, pour qui l'âge idéal de départ en retraite est plus précoce, s'attendent à devoir liquider leur retraite plus tardivement : ainsi, 48 % (51 % en 2004) des plus de 35 ans, contre 30 % (37 % en 2004) des moins de 35 ans, pensent partir en retraite avant 65 ans. Les ouvriers se caractérisent par des anticipations de départ relativement précoces (écart de 8 points à la moyenne), contrairement aux chômeurs et à la catégorie professions libérales et cadres supérieurs : respectivement 31 % et 34 % seulement d'entre eux (contre 41 % pour la moyenne nationale) pensent partir en retraite avant 65 ans. Les personnes les moins diplômées s'attendent en général à partir en retraite plus tôt que les plus diplômées : 34 % seulement des bac + 2 et plus pensent partir en retraite avant 65 ans, contre 42 % parmi les non-diplômés. Les membres d'organisations syndicales se distinguent dans la mesure où ils sont 58 % (soit 17 points au-dessus de la moyenne) à envisager de partir en retraite avant 65 ans. Les hommes s'attendent à liquider leurs droits à la retraite plus tôt que les femmes : 45 % (contre 38 % chez les femmes) envisagent pouvoir le faire avant 65 ans. 24 % des femmes (contre 15 % des hommes) ne pronostiquent pas d'âge.

Entre 2002 et 2004, tous les salariés et les indépendants sans salariés révisent nettement à la hausse

leurs pronostics d'âge de départ en retraite. Cette révision s'infléchit partiellement en 2005. La réforme des retraites engagée en 2003 semble avoir modifié les anticipations de certaines catégories. Néanmoins les pronostics des salariés du secteur public demeurent orientés vers un départ plus précoce que ceux de leurs collègues du secteur privé (tableau 3).

Un départ plus précoce pour les personnes ayant commencé à travailler jeunes

Parallèlement, l'idée qu'« *il est normal que tout le monde parte à la retraite au même âge* » a diminué fortement : seuls 10 % des Français la partagent désormais, soit un recul de 28 points en cinq ans, cette baisse étant concentrée entre 2002 et 2004¹². 89 % des Français (+33 points depuis 2000) estiment au contraire que « *les personnes qui ont commencé à travailler plus jeunes doivent avoir la possibilité de partir à la retraite plus tôt* ». Les opinions s'affermissent puisque le taux de non-réponse passe de 6 % à 1 % en cinq ans. Plus précisément, 95 % des

Français pensent que « *les personnes qui ont été exposées à des conditions de travail pénibles doivent pouvoir prendre leur retraite plus tôt que les autres actifs* ».

Les Français sont toutefois plus réticents quant à l'idée de fixer l'âge de la retraite en tenant compte des différences d'espérance de vie. Lorsqu'on indique aux personnes interrogées qu'« *en moyenne, à 60 ans, les cadres peuvent vivre encore 24 années contre 20 pour les ouvriers* », 37 % (40 % en 2004) d'entre elles seulement jugent que « *les cadres doivent cotiser plus longtemps car ils ont une espérance de vie plus longue* ». Les titulaires de faibles revenus, les ouvriers, les bénéficiaires du RMI et les chômeurs soutiennent plus fréquemment cette orientation (de 9 à 13 points au-dessus de la moyenne). Les partisans d'un nombre d'années de cotisation égal sont plus nombreux (57 % contre 55 % en 2004), notamment parmi les « *professions libérales et cadres supérieurs* » (16 points au-dessus de la moyenne).

L'opinion reste très partagée quant aux solutions préférées « *pour préserver le système de retraite par*

TABLEAU 2 ●

dans l'idéal, à quel âge souhaiteriez-vous ou auriez-vous aimé prendre votre retraite, et à quel âge, d'après vous, pourriez-vous prendre votre retraite ?

	en %													
	avant 50 ans		de 50 à 54 ans		de 55 à 59 ans		de 60 à 64 ans		65 ans et plus		NSP*		Ensemble	
	âge idéal	âge probable	âge idéal	âge probable	âge idéal	âge probable	âge idéal	âge probable	âge idéal	âge probable	âge idéal	âge probable	âge idéal	âge probable
2000	5	1	20	3	34	11	29	32	6	41	6	12	100	100
2001	4	1	14	3	39	11	31	33	6	40	6	12	100	100
2002	4	1	15	3	36	12	31	34	7	38	7	12	100	100
2004	2	1	9	1	35	9	38	34	10	41	6	14	100	100
2005	2	0	9	1	31	9	41	31	11	39	6	20	100	100

* NSP : ne se prononce pas

TABLEAU 3 ●

à quel âge, d'après vous, pourriez-vous prendre votre retraite ?

	en %					
	2002		2004		2005	
	avant 60 ans	avant 65 ans	avant 60 ans	avant 65 ans	avant 60 ans	avant 65 ans
Salariés du secteur public	29	73	23	65	20	61
Salariés du secteur privé	18	64	10	49	10	51
Indépendants sans salariés	18	64	8	49	13	48

Lecture : en 2005, 61% des salariés du secteur public pensent pouvoir partir en retraite avant 65 ans ; 20% pensent pouvoir le faire avant 60 ans et 41% entre 60 et 64 ans.

Champ : non retraités, non réponses exclues, calculs DREES.

12. En 2002, les deux réponses proposées étaient : « *l'âge de la retraite doit être le même pour tous* » et « *l'âge de la retraite doit être calculé en fonction de l'âge d'entrée dans la vie active* ».

répartition tel qu'il existe » (tableau 4). La seule évolution notable concerne l'augmentation des cotisations pesant sur les salariés (21 % de partisans, +5 points en 5 ans, mais après un pic à 24 % en 2004). Le recul constaté en 2005 est tout à fait cohérent avec la réticence exprimée par rapport à toute augmentation de cotisations.

Les personnes les plus âgées et les indépendants sans salariés penchent un peu plus souvent pour l'allongement de la durée de cotisation, les hommes et les bénéficiaires du RMI pour l'augmentation des cotisations pesant sur les salariés. Au contraire, les indépendants sans salariés, craignant sans doute un effet de contagion, y sont davantage opposés (10 points au-dessus de la moyenne). Les femmes, les divorcés, les membres d'organisations syndicales¹³ et les artisans ou commerçants (7 à 8 points au-dessus de la moyenne) se distinguent par leur rejet de toute solution, à l'inverse des bénéficiaires du RMI et des 18-24 ans (respectivement 11 et 10 points en dessous de la moyenne).

Une petite majorité (51 %) des personnes interrogées considèrent qu'« *il faut garder le système actuel fondé sur la répartition, en le réformant* » (tableau 5). Cette opinion est surtout soutenue par les personnes plus âgées (13 points d'écart entre les plus et les moins de 35 ans), les membres d'organisations syndicales (17 points au-dessus de la moyenne), les salariés du secteur public, la catégorie professions libérales et cadres supérieurs et les professions intermédiaires (de 8 à 10 points au-dessus de la moyenne). L'idée d'« *ajouter un complément d'assurance ou d'épargne individuelle* » (45 % de partisans) est symétriquement rejetée par les personnes de plus de 35 ans, les salariés du secteur public, les « professions libérales et cadres supérieurs » et les membres d'organisations syndicales ; elle est préconisée singulièrement par certaines catégories à revenus modestes qui s'inquiètent probablement du montant de leur retraite future et notamment par les ouvriers et les 18-24 ans (8 et 11 points au-dessus de la moyenne).

TABLEAU 4 ●

parmi les solutions suivantes pour préserver le système de retraite par répartition tel qu'il existe, laquelle a votre préférence ?

	en %			
	2000	2002	2004	2005
Allongement de la durée de cotisation	24	23	25	26
Augmentation des cotisations pesant sur les salariés	16	22	24	21
Recul de l'âge de la retraite	18	20	19	18
Diminution des pensions versées aux retraités	6	4	4	5
Aucune	NP	NP	24	27
Ne se prononce pas	36	31	4	3
	100	100	100	100
<i>Sous total : aucune + ne se prononce pas</i>	36	31	28	30

NP : question non posée

TABLEAU 5 ●

à l'avenir, que faudrait-il faire en priorité en matière de retraite ?

	en %			
	2000	2002	2004	2005
Il faut garder le système actuel fondé sur la répartition, en le réformant. (1)	48	49	51	51
Il faut ajouter au système actuel un complément d'assurance ou d'épargne individuelle. (2)	31	46	45	45
Il faut remplacer le système actuel par un système d'assurance ou d'épargne individuelle. (3)	14	NP	NP	NP
Ne se prononce pas.	7	5	4	4
	100	100	100	100
<i>Sous-total (2) + (3)</i>	45	46	45	45

NP : question non posée

13. Cette attitude de rejet de toute solution par une partie des adhérents des organisations syndicales peut en partie, s'expliquer par l'absence d'une proposition susceptible de leur agréer, comme l'augmentation des cotisations des entreprises ou des impôts.

En 2005, 81 % (contre 77 % en 2004) des Français pensent par ailleurs que « *le fait d'avoir élevé des enfants doit conduire à des avantages au moment de la retraite* ». 43 % pensent que cela doit profiter aux deux parents, 38 % seulement aux mères. Des écarts symétriques de 6 points séparent les femmes des hommes : 84 % des femmes sont favorables à ces avantages familiaux, 19 % des hommes y sont défavorables. Trois mesures sont proposées à ceux qui pensent que le fait d'avoir élevé des enfants doit conduire à des avantages (tableau 6).

Interrogés sur la réforme des retraites mise en place en 2003, les Français expriment un jugement pondéré. 73 % (contre 71 % en 2004) estiment globalement que « *le nouveau système est plus juste car il tient davantage compte des années pendant lesquelles on a travaillé* ». Les agriculteurs, les indépendants sans salariés et les employeurs sont nombreux à estimer le nouveau système plus juste (de 9 à 11 points au dessus de la moyenne), à l'opposé des membres des organisations syndicales et des chômeurs (respectivement 13 et 7 points en dessous de la moyenne).

62 % (contre 58 % en 2004) trouvent que « *le nouveau système est meilleur car il offre plus de marges de manœuvre aux individus* ». C'est l'opinion notamment des employeurs (10 points au-dessus de la moyenne), contrairement aux membres des organisations syndicales et aux chômeurs (respectivement 14 et 6 points en dessous de la moyenne). Enfin, 61 % (comme en 2004) soulignent que « *le nouveau système est injuste car c'est la situation du marché du travail qui détermine la date de départ en retraite* ». Cette opinion est portée notamment par les chômeurs et les bénéficiaires du RMI (9 points au-dessus de la moyenne). La réforme des retraites semble donc mieux acceptée, les réserves concernant donc surtout, maintenant, les membres d'organisations syndicales, les chômeurs et les bénéficiaires du RMI.

Un certain pessimisme sur le niveau de vie des retraités dans le futur

Interrogée sur le niveau de vie actuel des retraités par rapport à l'ensemble de la population, l'opinion se partage en trois tiers : « meilleur », « identique » et « moins bon ». On observe deux évolutions remarquables sur la période étudiée (2002 - 2005) : la diminution de 8 points de la réponse « à peu près identique » et l'augmentation de 5 points de la réponse « moins bon ». Agriculteurs et « artisans ou commerçants » (respectivement 21 et 14 points au-dessus de la moyenne) ainsi que les plus diplômés (14 points d'écart entre niveaux extrêmes) considèrent le niveau de vie des retraités comme plutôt « meilleur » que le niveau de vie moyen de la population, ce qui est moins l'avis des retraités eux-mêmes (7 points en dessous de la moyenne). Les chômeurs et les veufs ou veuves répondent plutôt « moins bon » (respectivement 5 et 9 points au-dessus de la moyenne) ainsi que les personnes les moins diplômées (14 points d'écart entre les niveaux de diplômes extrêmes).

60 % des personnes interrogées (notamment les femmes, 8 points d'écart par rapport aux hommes) prévoient toutefois que leur niveau de vie sera, lorsqu'ils seront eux-mêmes retraités, « moins bon » que l'ensemble de la population ; 23 % pensent qu'il sera « à peu près identique » et 10 %, qu'il sera « meilleur ». Les personnes âgées non retraitées sont parmi les moins pessimistes (36 % « moins bon », 33 % « à peu près identique », 15 % « meilleur » mais 15 % ne se prononcent pas), probablement car leurs perspectives de retraite sont proches. Les plus pessimistes sont les chômeurs et les bénéficiaires du RMI (respectivement 74 % et 70 % pensent que leur niveau de vie sera « moins bon »), suivis des non-diplômés (12 points d'écart entre niveaux extrêmes).

TABLEAU 6 ●

selon vous, ...

	Pourcentage de réponses positives	
	2004	2005
... il faut accorder des années de cotisations supplémentaires par enfant : par exemple, pour la naissance d'un enfant, les parents ont droit à X années de cotisations gratuites.	90	87
... il faut prendre en compte uniquement la période d'interruption de la vie professionnelle : si une personne s'arrête de travailler X mois pour la naissance de son enfant, cette durée sera prise en compte pour le calcul de sa retraite.	64	63
... il faut augmenter le niveau des retraites pour les personnes ayant eu des enfants.	58	54

NB : Il est possible d'approuver chaque mesure.

La catégorie des employeurs se distingue, anticipant plus souvent un niveau de vie à peu près identique (20 points au-dessus de la moyenne).

LE RMI ET LES ALLOCATIONS DE CHÔMAGE : L'IDÉE DE CONTREPARTIES EST DAVANTAGE MISE EN AVANT

87 % des Français jugent nécessaire l'existence du RMI, cette opinion étant stable depuis 2001. En revanche, l'idée qu'il faut étendre le bénéfice du RMI aux personnes âgées de moins de 25 ans recule : 35 % des personnes interrogées se disent « plutôt défavorables » (+12 points en 5 ans).

65 % (-7 points en 5 ans) des personnes interviewées estiment, une fois informées du montant du RMI¹⁴, qu'il conviendrait de l'augmenter. 26 % (+6 points en 5 ans) déclarent au contraire que « le RMI est à un bon niveau ». Seuls 42 % (contre 49 % en 2004) des partisans d'une augmentation du RMI « accepteraient une hausse de leurs impôts ou cotisations pour financer cette augmentation ». On trouve ces partisans plutôt chez les « professions libérales et cadres supérieurs », les titulaires des revenus et des diplômes les plus élevés et les membres d'associations et de syndicats. 54 % (47 % en 2004) la refuseraient, notamment les femmes (8 points d'écart par rapport aux hommes), les agriculteurs et les « artisans ou commerçants » (respectivement 13 et 16 points au-dessus de la moyenne).

Par ailleurs, le jugement selon lequel le RMI « doit être soumis à des contreparties » lorsque le bénéficiaire est en état de travailler se renforce : 84 % des individus expriment ce point de vue (+8 points en 5 ans). Cette opinion, bien que progressant plus vite chez les bénéficiaires du RMI, n'est partagée que par

67 % d'entre eux (+10 points en 5 ans). Les employeurs en sont au contraire de fervents partisans (95 %). Cette opinion sur les contreparties est à mettre en relation avec le fait que la pauvreté est en partie imputée à des causes individuelles.

Par rapport aux contreparties envisageables, l'opinion des Français est très stable dans le temps, les chômeurs et les bénéficiaires du RMI se distinguant du reste de la population pour certaines de ces contreparties (tableau 7).

L'augmentation du nombre de personnes favorables à l'existence de contreparties au versement du RMI va toutefois de pair avec l'opinion, formulée par 76 % des Français (- 4 points en 5 ans), que le versement du RMI pour les personnes en difficulté doit durer « jusqu'à ce que la personne retrouve des revenus suffisants ».

Au sujet des allocations de chômage, l'enquête barométrique enregistre également une évolution très sensible : 96 % des Français estiment que ces allocations doivent être soumises à des contreparties, soit un gain de 16 points en 5 ans. L'évolution à la hausse touche toutes les catégories, y compris les plus concernées : 94 % des chômeurs (+20 points en 5 ans) et 88 % des bénéficiaires du RMI (+16 points en 5 ans, dont +2 points depuis 2002). Parallèlement, 58 % des Français (+6 points en 5 ans) estiment que « les allocations de chômage doivent être un droit limité dans le temps, que l'on trouve ou non un emploi ».

En revanche, sur la nature de ces contreparties, les opinions divergent et évoluent de façon tout à fait étonnante. « Accepter d'effectuer un stage de formation » paraît être la seule contrepartie proposée réellement acceptable par tout le monde (tableau 8).

TABLEAU 7 ●

si les personnes qui touchent le RMI peuvent travailler,
trouveriez-vous normal qu'on leur demande, en échange du RMI qu'on leur verse,....

	Pourcentage de réponses positives					
	Population générale		Chômeurs		Bénéficiaires du RMI	
	2000	2005	2000	2005	2000	2005
... de rechercher un emploi ?	96	98	97	96	92	95
... d'accepter un stage de formation ?	95	96	92	94	89	88
... de faire des efforts pour s'insérer socialement ?	95	94	93	93	89	89
... de participer à une tâche d'intérêt général ?	79	83	71	76	59	64
... d'accepter les emplois qui leurs sont proposés ?	81	78	71	59	65	57
Référence : le RMI doit être soumis à contreparties	76	84	71	80	57	67

NB : Il est possible d'approuver chaque mesure.

14. 425 euros, par mois, pour une personne seule.

TABLEAU 8 ●

pour les personnes qui touchent des allocations de chômage, trouveriez-vous normal qu'on leur demande, en échange des prestations qu'on leur verse,...

	Pourcentage de réponses positives					
	Population générale		Chômeurs		Bénéficiaires du RMI	
	2000	2005	2000	2005	2000	2005
... d'accepter d'effectuer un stage de formation ?	94	95	90	90	87	86
... de participer à une tâche d'intérêt général ?	76	71	68	65	66	59
... d'accepter les emplois qui leurs sont proposés ?	79	70	68	51	62	59
Référence : les allocations de chômage doivent être soumises à contreparties	80	96	74	94	72	88

NB : Il est possible d'approuver chaque mesure.

LES FRANÇAIS SONT PESSIMISTES EN MATIÈRE DE PAUVRETÉ ET D'EXCLUSION

82 % des Français considèrent que « la pauvreté et l'exclusion se sont aggravées » (+9 points en 5 ans). Cette idée est plus souvent exprimée par les femmes et par les plus de 35 ans que par les autres. 6 % (-5 points en 5 ans) pensent qu'elles ont diminué, tandis que 10 % considèrent qu'elles sont restées stables.

75 % des Français prévoient qu'elles vont plutôt augmenter (+10 points en 5 ans), 10 % qu'elles vont plutôt diminuer (-6 points en 5 ans) et 11 % qu'elles vont rester stables. L'opinion est assez homogène. Les femmes sont plutôt pessimistes (5 points d'écart avec les hommes), comme les ouvriers et les « artisans ou commerçants ». Les employeurs et ceux « qui perçoivent des revenus d'actifs financiers ou de location » sont au contraire plus optimistes.

Les difficultés de logement caractérisent de plus en plus souvent la pauvreté et l'exclusion

L'image encore dominante de la pauvreté et de l'exclusion, en baisse de 4 points depuis 2000, est le fait de « ne pas manger à sa faim » (cité en premier par 45 % des individus). « Ne pas avoir de logement » est une image qui progresse (28 % des personnes, +5 points en 5 ans). L'écart entre ces deux symboles de la pauvreté se réduit, passant de 26 à 17 points en cinq ans. « Se trouver au chômage depuis deux ans ou plus » est cité en premier par 11 % des interviewés, les six autres critères n'étant cités que par au plus, 4 % de ceux-ci. Le classement des trois premiers critères est sensible à l'âge : les moins de 35 ans insistent plus sur la « faim » et le « logement » et moins sur le « chômage » que les plus de 35 ans.

Les bénéficiaires du RMI sont beaucoup plus sensibles que la moyenne aux faits « d'être allocataires du RMI » (11 % contre 3 %) et « d'élever seul(e) ses enfants » (12 % contre 4 %), et moins à ceux de « ne pas manger à sa faim » (-8 points) et de « se trouver au chômage depuis deux ans ou plus » (-3 points). Ces opinions expriment probablement leur plus grande proximité avec les situations défavorisées.

D'autres questions permettent d'approfondir les représentations que se font les Français de la pauvreté et de l'exclusion. Le montant mensuel minimal perçu comme étant celui dont un individu doit disposer pour vivre a tendance à progresser. Ainsi, 78 % des Français le fixent à au moins 900 euros en 2005, contre 56 % en 2000. Parmi eux, la proportion de ceux qui fixent le revenu minimal nécessaire à au moins 1 300 euros par mois passe de 10 % à 28 % en 5 ans.

63 % des Français estiment par ailleurs que la pauvreté et l'exclusion peuvent concerner n'importe qui. En revanche, 37 % pensent que « certaines populations sont plus fragiles que d'autres », un jugement plus souvent formulé par les hommes (8 points d'écart avec les femmes), les employeurs et les titulaires de revenus ou de diplômes élevés. L'âge est peu considéré comme un risque de fragilité. 40 % des individus (44 % en 2000 mais 48 % en 2002) estiment que les « risques d'exclusion et de pauvreté ne concernent personne en particulier », tandis que 16 % (+5 points en 5 ans) répondent que ces risques concernent davantage les personnes à partir de 50 ans (les réponses pour les autres tranches d'âge sont stables). Le sexe tend à être davantage considéré comme un risque de fragilité : 19 % des interviewés (+8 points en 5 ans) estiment que les femmes sont plus concernées, 14 % (-4 points en 5 ans) que ce sont les hommes et 65 %, que ces risques touchent autant les hommes que les femmes (avec une légère tendance à la baisse en 5 ans).

La pauvreté est perçue comme relevant à la fois de causes générales et de la responsabilité de l'individu

La cause la plus fréquemment citée de la pauvreté et de l'exclusion¹⁵ demeure le fait d'être « victime des licenciements d'entreprises » (exprimé par 87 % des individus, stable sur 5 ans). Certes les autres causes générales sont en recul : « elles n'ont pas pu bénéficier d'une aide de leur famille » (58 %, -8 points en 5 ans), « il n'y a plus assez de travail pour tout le monde » (57 %, -7 points en 5 ans), « elles n'ont pas eu de chance » (49 %, -10 points en 5 ans). Mais les causes relevant de la responsabilité individuelle stagnent ou reculent aussi : « elles sont surendettées » (78 %, stable sur 5 ans), « elles manquent de qualification (de diplômes) pour trouver ou retrouver un emploi » (61 %, -9 points en 5 ans), « elles ne veulent pas travailler » (46 %, stable sur 5 ans après un pic à 55 % en 2002).

Il semble qu'au-delà des deux raisons les plus fréquemment avancées (licenciements et surendettement), les personnes interrogées sont perplexes. La vague 2002, coïncidant avec une période où la situation économique s'était améliorée, avait montré un certain « durcissement » de l'attitude des Français, se traduisant par une mise en cause plus fréquente de la responsabilité individuelle des individus en situation précaire. La vague 2004 de l'enquête avait nettement corrigé ce jugement, la vague 2005 prolongeant la tendance de 2004 (graphique 6).

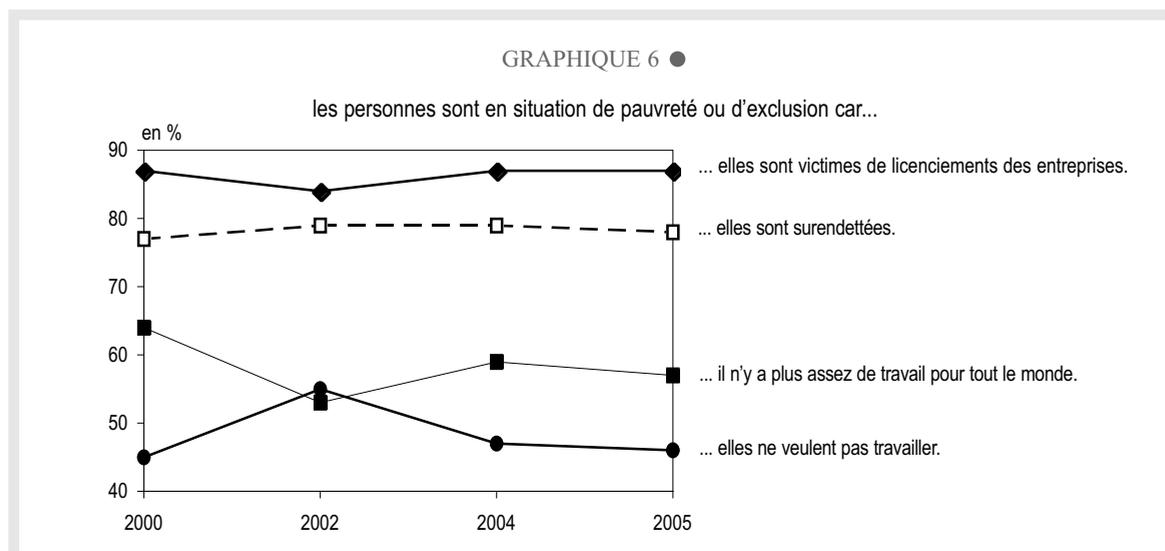
La volonté de ne pas travailler est invoquée fortement par les agriculteurs, devant les « artisans, commerçants » qui se distinguent nettement des « professions libérales et cadres supérieurs » (écarts respectifs de 35 et 30 points) ; les employeurs s'opposent de même aux salariés du secteur public (écart de 27 points) et les moins diplômés aux plus diplômés (écart de 15 points).

Les moins diplômés estiment davantage qu'« il n'y a plus assez de travail pour tout le monde » (écart de 24 points par rapport aux plus diplômés) de même que les chômeurs (19 points au-dessus de la moyenne). Les moins diplômés jugent également que la raison « elles n'ont pas eu de chance » explique une grande part de la pauvreté et de l'exclusion (écart de 18 points par rapport aux plus diplômés).

LE SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE : UN ATTACHEMENT RÉAFFIRMÉ MAIS DIFFÉRENT SELON LA NATURE DES PRESTATIONS

Un attachement renforcé au système public de protection sociale

L'attachement manifesté par les Français au caractère public du système de protection sociale a progressé pendant cinq ans¹⁶. Ce débat semble d'ailleurs plus familier à l'opinion, eu égard à la diminution du taux de non-réponse (7 % des Français ne se prononcent pas, -4 points en 5 ans).



15. Le questionnaire prévoyant la possibilité d'en citer plusieurs par ordre d'importance décroissante.

16. « En France, pour l'assurance maladie de base, pour la retraite de base ou pour l'assurance chômage, on ne peut pas choisir entre une assurance privée ou une caisse publique. Selon vous, l'autorisation de mise en concurrence des caisses publiques et des assurances privées... :

... serait plutôt une bonne chose, car cela permettrait d'avoir des prestations de base plus élevées et de plus grande qualité ? »

... serait plutôt une mauvaise chose, car cela créerait un système de protection sociale à deux vitesses ? ».

63 % des personnes interrogées déclarent ainsi que l'autorisation de mise en concurrence des caisses publiques et des assurances privées « *serait plutôt une mauvaise chose car cela créerait un système de protection sociale à deux vitesses* », ce qui représente une augmentation très nette en cinq ans (+13 points par rapport à 2000 et +4 points par rapport à 2004). Les salariés du secteur public et les membres d'organisations syndicales comptent parmi les plus convaincus (8 et 12 points au-dessus de la moyenne).

À l'inverse, 30 % des personnes interrogées (-9 points en 5 ans) pensent que cela « *serait plutôt une bonne chose, car cela permettrait d'avoir des prestations de base plus élevées et de plus grande qualité* ». Cette opinion est plutôt défendue par les « artisans ou commerçants » et les employeurs (respectivement 12 et 15 points au-dessus de la moyenne).

Au total, 83 % des personnes interrogées (+10 points en 5 ans) pensent que les systèmes d'assurance maladie ou de retraite doivent rester essentiellement publics. Cette opinion est moins répandue chez les « artisans et commerçants » (7 points en dessous de la moyenne).

L'universalité du système est plus ou moins mise en avant selon la prestation considérée

La maladie est considérée comme le risque le plus universel : 84 % des Français (+11 points en 5 ans) estiment que l'assurance maladie doit bénéficier « à tous sans distinction de catégorie sociale et de statut

professionnel » tandis que, pour 10 % d'entre eux (-8 points par rapport à la période 2000-2002), elle devrait être réservée « *uniquement à ceux qui cotisent* » (tableau 9). Les évolutions concernant les autres risques sont moins nettes et les divergences d'opinions, plus marquées.

En matière de retraite, les « artisans ou commerçants » sont moins favorables à l'universalisme (11 points en dessous de la moyenne) et préfèrent que ces prestations soient réservées « *uniquement à ceux qui cotisent* » (12 points au-dessus de la moyenne). C'est aussi le cas pour les prestations liées à la dépendance : 51 % souhaitent qu'elles bénéficient à tous (contre 65 % en moyenne nationale) et un quart d'entre eux souhaite les réserver « *uniquement à ceux qui cotisent* » (contre 14 % pour l'ensemble des personnes interrogées).

Les 18-24 ans se distinguent quant à eux par leur souhait de réserver l'indemnisation du chômage aux plus modestes (12 points au-dessus de la moyenne), alors que les « artisans ou commerçants » souhaitent la réserver aux cotisants uniquement (14 points au-dessus de la moyenne). Les femmes se montrent, pour chaque type d'allocation, plus universalistes que les hommes qui ont davantage tendance à préconiser que les prestations soient réservées « *uniquement à ceux qui cotisent* ». Les chômeurs et les bénéficiaires du RMI se caractérisent aussi par leur universalisme, à la fois en matière de retraite, d'allocations familiales et de chômage.

TABLEAU 9 ●

à votre avis, devrait-elle bénéficier uniquement à ceux qui cotisent, uniquement à ceux qui ne peuvent pas ou n'ont pas les moyens de s'en sortir seuls (« aux pauvres » dans le tableau) ou à tous sans distinction de catégorie sociale et de statut professionnel ?

		en %			
		2000	2002	2004	2005
L'assurance maladie	À tous	73	73	86	84
	Uniquement à ceux qui cotisent	18	18	9	10
	Uniquement « aux pauvres »	7	8	4	5
Les retraites	À tous	65	64	70	67
	Uniquement à ceux qui cotisent	28	29	26	29
	Uniquement « aux pauvres »	5	6	3	3
La prestation dépendance	À tous	NP	NP	69	65
	Uniquement à ceux qui cotisent	NP	NP	11	14
	Uniquement « aux pauvres »	NP	NP	18	19
Les allocations familiales	À tous	62	62	65	65
	Uniquement à ceux qui cotisent	15	16	12	14
	Uniquement « aux pauvres »	21	20	21	20
Les allocations de chômage	À tous	59	59	62	59
	Uniquement à ceux qui cotisent	24	27	25	28
	Uniquement « aux pauvres »	15	13	12	12

NP : question non posée.

Globalement, le volume des dépenses de protection sociale n'est pas jugé excessif, même si certaines économies sont jugées possibles et utiles

Après avoir été informés par l'enquêteur que « la France consacre environ le quart de son revenu national au financement de la protection sociale », 57 % des Français estiment ce niveau « normal » (+7 points en 5 ans). Cette progression est contrebalancée par la diminution du nombre de personnes qui considèrent cette part comme insuffisante (24 % des Français, -6 points en 5 ans). Beaucoup « d'artisans ou commerçants » estiment en revanche ce niveau de financement excessif (14 points au-dessus de la moyenne), tandis que les bénéficiaires du RMI ont plutôt tendance à penser que ce niveau de financement est insuffisant (12 points au-dessus de la moyenne).

Selon les prestations considérées, entre 45 % et 67 % des personnes interrogées pensent qu'« il est possible de faire des économies sans diminuer le montant et la qualité des prestations » (graphique 7). Cette idée, qui avait régressé assez nettement entre 2000 et 2004, progresse en 2005 pour toutes les prestations envisagées. C'est pour le risque maladie que cette opinion est la plus fortement affirmée, en relation sans doute avec la mise en place de la réforme. Ce sont les agriculteurs, les « artisans ou commerçants », la catégorie professions libérales et cadres supérieurs et les employeurs (environ 7 points au-dessus de la moyenne) ainsi que les plus diplômés et les titulaires de hauts revenus (10 points d'écart entre niveaux extrêmes) qui estiment plus fréquem-

ment possible de réaliser des économies, à l'inverse des chômeurs (6 points en dessous de la moyenne). Les employeurs pensent également qu'il est possible de réaliser des économies concernant les allocations de chômage (12 points au-dessus de la moyenne).

Une disposition à cotiser davantage qui est minoritaire et tend à diminuer

Face à ces problèmes de financement, 47 % des Français (+8 points en 5 ans) estiment que les entreprises ne doivent « ni plus, ni moins cotiser qu'actuellement », alors que 41 % (+5 points en 5 ans) déclarent qu'il est souhaitable qu'elles cotisent davantage. Seuls 7 % (-10 points en 5 ans) préconisent qu'elles cotisent moins. Les partisans d'une stabilité des taux de cotisations des entreprises se rencontrent davantage chez les indépendants sans salariés, les agriculteurs et les « artisans ou commerçants » (respectivement 18, 15 et 11 points au-dessus de la moyenne). Les membres d'organisations syndicales et les ouvriers sont les plus enclins à privilégier l'augmentation des cotisations patronales (respectivement 9 et 6 points au-dessus de la moyenne), contrairement aux indépendants sans salariés (24 points en dessous de la moyenne). Parmi ceux qui souhaitent une réduction des cotisations, les « artisans ou commerçants » et les agriculteurs (14 et 7 points au-dessus de la moyenne) se distinguent à nouveau nettement des autres professions. Une certaine divergence apparaît entre les femmes préférant le *statu quo* et les hommes souhaitant davantage l'augmentation des cotisations des entreprises.

Par ailleurs, les Français restent plutôt réticents au fait de cotiser eux-mêmes davantage pour maintenir le niveau de prestations sociales (tableau 10). La disposition à cotiser davantage apparaît plus forte au sein des milieux favorisés, notamment chez les titu-

GRAPHIQUE 7 ●

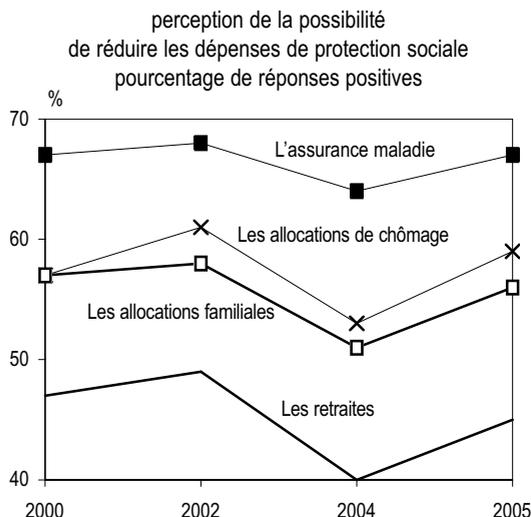


TABLEAU 10 ●

à l'avenir, compte tenu de votre niveau de ressource, seriez-vous prêt à cotiser davantage pour maintenir le niveau de prestations en ce qui concerne... ?

en %

	2000	2002	2004	2005
Les aides aux personnes handicapées	NP	NP	46	39
Les aides aux personnes âgées dépendantes	NP	NP	44	38
Les retraites	37	41	43	36
L'assurance maladie	34	39	40	33
Les allocations familiales	28	31	31	26
Les allocations de chômage	27	31	30	26

NP : question non posée.

laire des plus hauts diplômés, chez les hommes et chez les jeunes.

Toutefois, selon les prestations, entre 22 % et 29 % des Français (la tendance étant à la diminution depuis 2000) accepteraient « une baisse de prestations avec en contrepartie une réduction de leurs cotisations ou de leurs impôts ».

Les services publics du secteur sanitaire et social sont réputés rendre un service de qualité

Pour les personnes interrogées, tous les services publics du secteur sanitaire et social sont considérés comme rendant un service de qualité (tableau 11), même si les opinions sont contrastées suivant les services considérés. Les publics directement concernés comptent systématiquement parmi les plus favorables (les familles pour les caisses d'allocations familiales, les retraités pour les maisons de retraite et les chômeurs pour les Assedic). Ces derniers sont toutefois les plus critiques, très peu de demandeurs d'emploi étant en fait sans opinion. La Poste et l'ANPE sont

les seuls services pour lesquels une certaine diminution de la qualité est signalée par les interviewés. Pour l'ANPE, cela s'explique sans doute par l'augmentation du chômage au cours de la période récente. En revanche, les hôpitaux et cliniques voient la qualité de leurs services de plus en plus appréciée. ■

TABLEAU 11 ●

estimez vous que...
rendent un service de qualité ? en %

	2002	2004	2005
Les hôpitaux	82	87	88
Les cliniques	82	84	85
Les caisses d'assurance maladie	78	82	84
La Poste	82	78	78
Les caisses d'allocations familiales	71	73	75
Les maisons de retraite	60	61	63
Les Assedic	56	52	56
L'ANPE	45	37	38

NP : question non posée.

POUR EN SAVOIR PLUS :

- BOISSELOT P., 2006, « L'évolution des opinions des Français en matière de santé et de protection sociale entre 2000 et 2005 », Drees, Études et Résultats, n° 462, février.
- CAILLOT L., BOARINI R., LE CLAINCHE C., 2003, « Les opinions des Français en matière de retraites de 2000 à 2002 », Drees, Études et Résultats, n° 210, janvier.
- FORSÉ M., PARODI M., 2005, « Les opinions des Français sur les politiques sociales en 2004 : une inquiétude accrue qui modifie les demandes de solidarité », Drees, Études et Résultats, n° 421, août.
- JULIENNE K., MONROSE M., 2004, « Les opinions des Français sur la pauvreté et l'exclusion au début de l'année 2004 », Drees, Études et Résultats, n° 357, décembre.
- JULIENNE K., MONROSE M., 2004, « L'opinion des jeunes adultes en matière de protection sociale en 2002 », Drees, Études et Résultats, n° 328, juillet.
- METTE C., 2003, « Les opinions des Français sur la dépendance des personnes âgées de 2000 à 2002 », Drees, Études et Résultats, n° 274, novembre.

L'IMPACT DES EXONÉRATIONS DE COTISATIONS PATRONALES DE SÉCURITÉ SOCIALE SUR L'EMPLOI : UNE NOUVELLE ÉVALUATION

Marie HENNION* et Christian LOISY**

* Ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement
Ministère de la Santé et des Solidarités
DREES

** À la DREES au moment de la rédaction de cet article, actuellement à la Direction régionale de l'équipement en Île-de-France (DREIF)

Quel a été l'impact des allègements de cotisations sociales patronales sur l'emploi ? Cette question, déjà largement étudiée, est ici traitée sous un angle macroéconomique à partir des données des comptes trimestriels du secteur marchand non agricole sur la période 1985-2003. C'est en particulier à partir des années 1990 que des politiques d'exonérations de charges sociales ont été menées, avec pour objectif de favoriser l'emploi, et notamment l'emploi peu qualifié. L'analyse des variations du taux apparent de cotisations sociales patronales révèle l'ampleur de ces diminutions du coût du travail pour certaines catégories d'emplois. Par une méthodologie simple mettant en relation les évolutions du taux apparent de cotisations employeurs et celles de l'emploi, les auteurs de cette étude évaluent de façon agrégée l'impact sur l'emploi de la baisse des cotisations employeurs durant cette période. Ainsi, ils estiment qu'entre 1990 et 2003, la baisse des charges patronales aurait permis la création de 250 000 emplois salariés.

La structure du financement de la protection sociale a connu de profonds changements au cours des vingt dernières années (Caussat *et al.*, 2005). Les diminutions de cotisations sociales patronales en constituent l'un des plus importants. Ces mesures s'intègrent dans une volonté d'alléger le coût du travail pour ainsi favoriser l'emploi, et notamment l'emploi peu qualifié. Ainsi, des politiques résolues d'allègements de cotisations patronales de sécurité sociale sur les bas salaires ont été mises en œuvre depuis les années 1990 (Horusitzky, 2005).

Cette étude porte sur la période 1985-2003 et tente d'analyser les effets des baisses de cotisations sociales employeurs sur l'emploi. Cette question a fait l'objet de nombreuses études antérieures (voir par exemple Audric *et al.*, 2000; Laroque et Salanié, 2000; Crépon et Desplatz, 2001; Jamet, 2005; Gafsi *et al.*, 2005), utilisant une variété de méthodologies. L'approche retenue ici est de nature macroéconomique.

Une première analyse descriptive des évolutions des cotisations patronales sur le secteur marchand non agricole (SMNA) sera effectuée en considérant un taux de cotisations apparent – ce qui permet de prendre en compte de façon globale les allègements de cotisations, et non seulement les exonérations ciblées au niveau du salaire minimum. Ces évolutions seront dans un deuxième temps mises en parallèle avec celles de l'emploi. Puis, afin de quantifier l'impact de ces mesures sur le niveau d'emploi, on estimera sur données trimestrielles une équation d'emploi salarié explicitant l'élasticité de l'emploi à son coût.

LES TAUX APPARENTS DE COTISATIONS SOCIALES EMPLOYEURS

L'étude porte sur le champ des secteurs marchands non agricoles (secteurs EB-EP selon la nomenclature NES – nomenclature économique de synthèse – de la comptabilité nationale, ce qui exclut notamment le secteur public). À partir des données des

comptes nationaux trimestriels de l'INSEE, il est possible de calculer un taux apparent de cotisations employeurs en divisant le montant total des cotisations versées par la masse salariale correspondante. Mais c'est en particulier sur les cotisations patronales de sécurité sociale (maladie, maternité, invalidité, vieillesse, décès, accident du travail – AT – et allocations familiales) que la plupart des exonérations a été appliquée. Ce calcul peut être alors détaillé pour chacun des risques pris en charge par le régime général, permettant ainsi la comparaison avec les taux légaux. En effet, considérer le taux apparent permet de prendre en compte les exonérations de cotisations de sécurité sociale appliquées sur la période et de constater qu'elles représentent une part importante des baisses de charges patronales, au-delà des variations des taux légaux qui sont restées modestes.

Ainsi, un premier examen des séries de taux légal et de taux apparent calculés pour les trois principales caisses du régime général (CNAV – Caisse nationale d'assurance vieillesse – CNAMTS – Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés – et CNAF – Caisse nationale des allocations familiales) nous révèle la baisse tendancielle des taux de cotisations employeurs et l'impact des allègements successifs (graphiques 1-3).

Le calcul des taux apparents a nécessité de prendre certaines hypothèses simplificatrices. En effet, l'assiette considérée pour sa construction est la masse salariale du secteur privé non agricole, alors que les cotisations de certaines autres catégories de salariés sont également rattachées à la branche maladie et à la branche famille du régime général¹. Ainsi, on suppose que 95 % des cotisations reçues par la CNAMTS et 80 % de celles reçues par la CNAF proviennent du secteur privé non agricole – cette proportion correspond à ce que l'on observe sur les dernières années de la période considérée. Par ailleurs, les taux légaux ont été calculés à partir des taux sous plafond et sur salaire total, en faisant l'hypothèse que 80 % de l'assiette se situe sous le plafond, et ceci sur toute la période.

L'analyse des taux de cotisations sociales des employeurs fait apparaître une baisse des cotisations familiales (ramenées à 5,4 % en 1991, contre 9 % sous plafond, soit 7,2 % sur l'ensemble des salaires auparavant), ainsi que la hausse des cotisations vieillesse en 1991 à la suite de la création d'une cotisation déplafonnée (+1,6 point), mesures consécutives à l'introduction de la contribution sociale

généralisée (CSG) en 1991 (Horusitzky, 2005). L'écart qui apparaît entre les taux employeurs légaux et apparents s'explique en partie par les exonérations de charges sociales intervenues suite aux mesures d'allègements sur les bas salaires ou d'accompagnement de la réduction du temps de travail (RTT). À cet égard, le taux apparent de cotisation vieillesse perd 1 point de 1992 à 2003 (passant de 7,2 % à 6,2 %), alors que le taux légal demeure inchangé sur cette même période. Il en est de même pour les cotisations maladie-accident du travail, dont le taux apparent perd 2 points sur la période 1992-2003 (de 15 % à 13 %), alors que le taux légal n'a été modifié que de 0,2 point.

Sur la période considérée, on constate ainsi que la diminution des cotisations patronales est surtout attribuable à des exonérations de charges. Or, à partir de 1993, les politiques d'exonérations de cotisations qui se sont développées s'inscrivent plus particulièrement dans une logique d'amélioration de l'emploi peu qualifié et sont surtout ciblées sur les bas salaires. Par exemple, la loi du 27 juillet 1993 a institué un allègement des cotisations patronales familiales pour l'emploi des salariés rémunérés à un niveau proche du SMIC ; en 1995, la création de l'allègement bas salaire consiste en une réduction dégressive jusqu'à 1,33 SMIC (ramené à 1,3 SMIC en 1998) ; à partir de 1998, des mesures relatives à l'adoption des 35 heures avec les lois Aubry-I (1998) et Aubry-II (2000) concernaient les salaires atteignant jusqu'à 1,8 SMIC (ramené à 1,7 SMIC avec la loi Fillon de 2003).

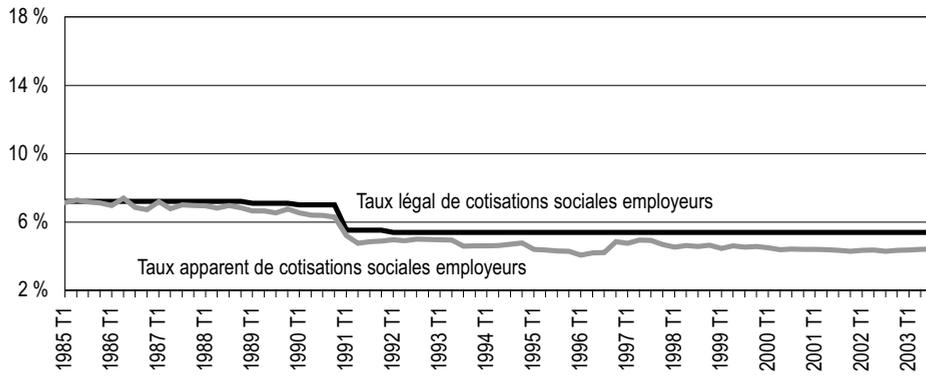
LE LIEN ENTRE LA DYNAMIQUE DES TAUX DE COTISATIONS SOCIALES PATRONALES ET CELLE DE L'EMPLOI

D'une façon plus générale, les données utilisées permettent de calculer un taux apparent des cotisations patronales – sécurité sociale, assurance chômage, retraite complémentaire –, sur le champ des SMNA. Il apparaît ainsi que celui-ci diminue de façon sensible et prolongée entre 1993 et 2002 (graphique 4). En dépit du caractère très agrégé du taux de cotisation mesuré ici, cette évolution reflète les mesures d'allègements de charges prises au cours de cette période, c'est-à-dire des mesures concernant essentiellement les salaires proches du SMIC, avec pour but de favoriser l'emploi peu qualifié. La comparaison de la dynamique des taux de cotisations

1. Il s'agit pour la CNAMTS de cotisations de fonctionnaires et d'ouvriers de l'État, ainsi que des agents des collectivités locales. Pour la CNAF, il s'agit de cotisations des non salariés des professions non agricoles, des agents de collectivités locales, du régime minier et des salariés agricoles.

GRAPHIQUE 1 ●

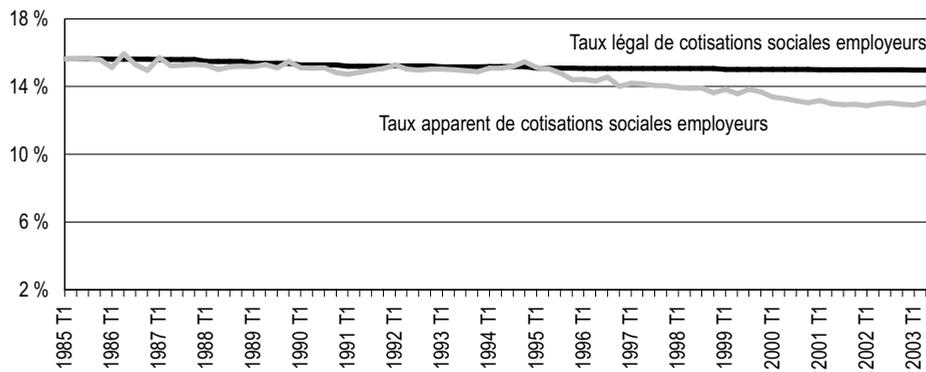
les cotisations sociales employeurs familiales (CNAF)



Sources : INSEE, Direction de la Sécurité sociale (DSS), calculs des auteurs.

GRAPHIQUE 2 ●

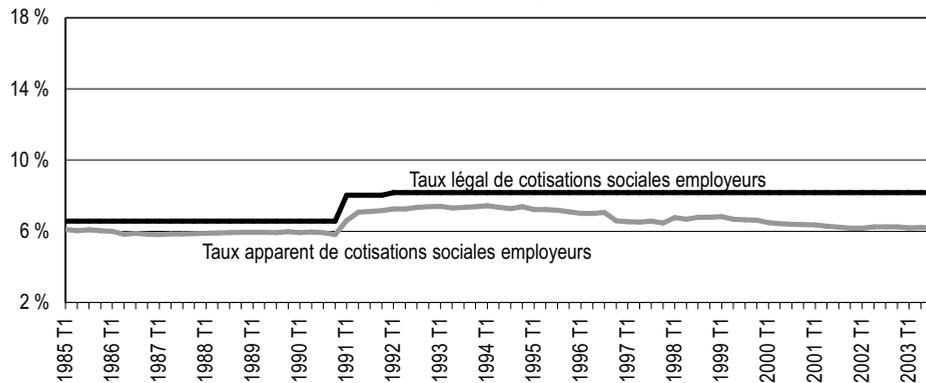
les cotisations sociales employeurs maladie + accident du travail (CNAMTS)



Sources : INSEE, DSS, calculs des auteurs.

GRAPHIQUE 3 ●

les cotisations sociales employeurs employeurs vieillesse (CNAV)



Sources : INSEE, DSS, calculs des auteurs.

avec celle de l'emploi sur un champ identique permet donc une analyse globale des effets des baisses de cotisations sur l'emploi. Toutefois, il convient de garder à l'esprit que les évolutions de l'emploi sont en premier lieu liées à celles du produit intérieur brut (PIB) [graphique 5].

Il peut par ailleurs y avoir un effet de substitution entre la demande de travail non qualifié qui bénéficie des allègements et la demande de travail qualifié pour laquelle les taux de cotisations demeurent inchangés, comme l'ont montré les nombreuses études déjà publiées sur le sujet (Crépon et Desplatz, 2001 ; Gafsi *et al.*, 2005). Les données macroéconomiques utilisées ne permettant pas de distinguer la part de la masse salariale concernée par des baisses de charges ciblées, l'effet de substitution n'est ici pas identifiable, et on ne distinguera qu'un effet global qui est supposé l'incorporer.

Le taux apparent des cotisations employeurs prises dans leur ensemble apparaît relativement fluctuant au regard des évolutions de l'emploi (graphique 4). Sur la période 1993-2002, il diminue d'un peu moins de 3 points avant de se stabiliser en fin de période. Sur la période 1997-2001, la baisse du taux apparent de cotisations employeurs s'accompagne, il est vrai dans une période de croissance économique soutenue, d'une hausse de l'emploi. *A contrario*, la stabilisation des taux apparents à partir de 2001 est contemporaine d'une stabilisation de l'emploi. Il

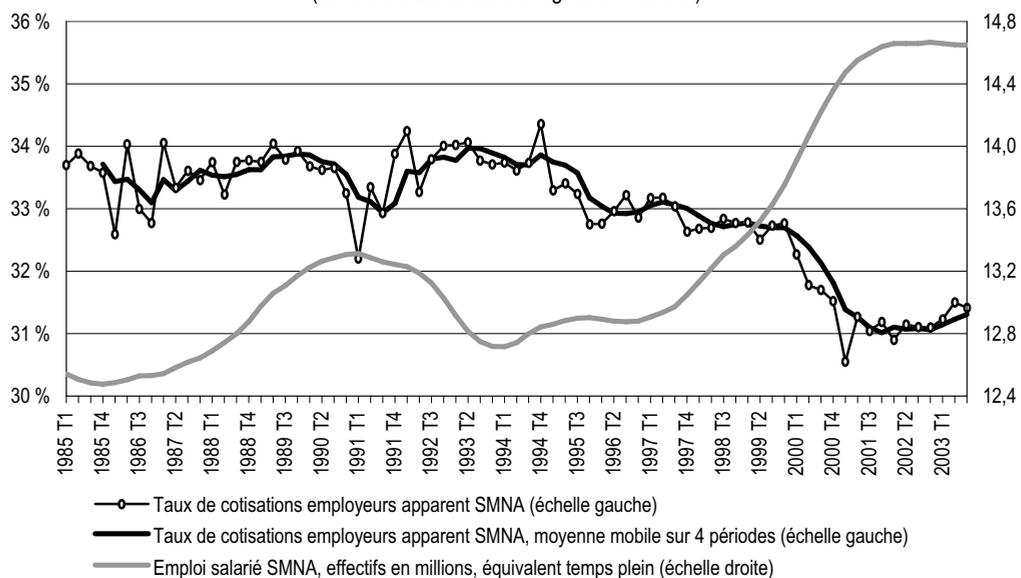
serait à cet égard imprudent de conclure à une liaison étroite entre création d'emplois et diminution des cotisations sociales supportées par les employeurs, sans également tenir compte de l'effet de la croissance sur les cotisations sociales. Ainsi, il apparaît que certaines prestations, notamment celles liées à la perte d'emploi, sont contracycliques. En effet, en période de forte croissance, les dépenses sociales se réduisent, ce qui peut conduire à diminuer les recettes qui les financent en part de la richesse nationale ou de la masse salariale. Inversement, ceci accroît, en période de faible croissance et de remontée du chômage, les besoins de financement des régimes d'indemnisation du chômage, ce qui est peu propice à des baisses de taux de cotisation. La croissance économique peut alors être considérée pour partie comme un facteur exogène expliquant à la fois les évolutions des assiettes et des taux de cotisations.

ÉVALUER LES EFFETS DES BAISSSES DE COTISATIONS EMPLOYEURS SUR L'EMPLOI PAR L'ESTIMATION D'UNE ÉQUATION EMPLOI

Une modification du taux de cotisations sociales patronales se répercute sur le coût du travail. Ainsi, l'un des éléments majeurs pour estimer cette influence passe par la relation entre la demande de

GRAPHIQUE 4 ●

taux apparent de cotisations sociales employeurs et emploi
(secteurs marchands non agricoles - SMNA)



Sources : INSEE, DSS, calculs des auteurs.

travail et son coût. Pour tenter d'évaluer quantitativement l'impact des diminutions des cotisations, on utilisera une équation d'emploi salarié standard intégrant explicitement le coût réel du travail. Une telle équation permettra d'évaluer l'élasticité du facteur travail à son coût. Le niveau d'emploi utilisé pour cette évaluation est en équivalent temps plein (ETP). Ceci permet de prendre en compte le développement du temps partiel. Par ailleurs, le coût total du travail calculé sur le SMNA est la masse salariale brute, à laquelle on ajoute les cotisations sociales employeurs versées par ce secteur. Le coût réel du travail est alors calculé en déflatant ce coût total par le prix du PIB et en le rapportant à l'effectif salarié (en ETP) du secteur. L'équation d'emploi est estimée par un modèle à correction d'erreur² en deux étapes : pour la dynamique de long terme en logarithme et pour celle de court terme, en variation de logarithme. À long terme, l'emploi est expliqué par le PIB, le coût réel du travail par tête et une tendance temporelle (toutes les variables sont à prix constants, base 1995). Le coût du travail par tête incorpore le niveau de charges sociales patronales. À court terme, on prend en compte la variable endogène retardée, le PIB et le coût du travail, ainsi que le terme de correction d'erreur issu de l'équation de long terme.

L'instauration de la réduction du temps de travail à partir de 1998 (Loi Aubry-I du 13 juin 1998) joue

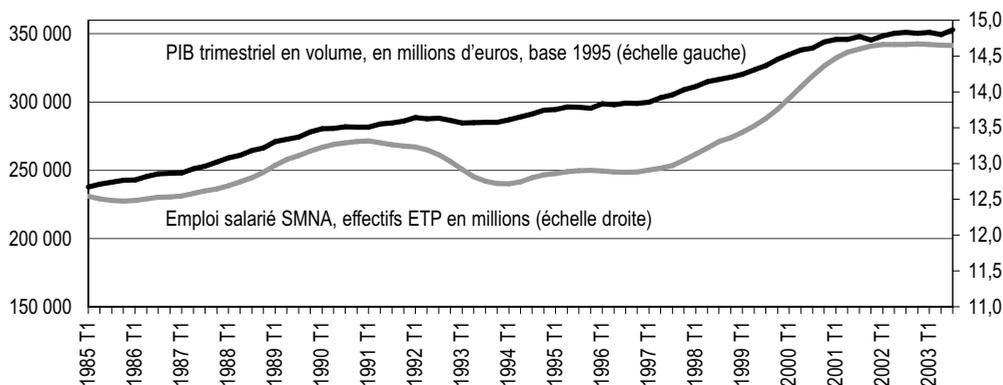
également de façon significative sur l'emploi. Cette mesure étant accompagnée de diminutions de charges patronales sur les bas salaires, il est néanmoins difficile de distinguer l'impact propre des baisses de cotisations sociales de celui de la mise en place des 35 heures. L'ajout d'une variable de durée de travail comme variable explicative n'a pas été retenue ici étant donné la colinéarité qui existe avec les baisses des cotisations sociales. Afin de considérer les emplois créés par cette mesure et de modéliser la baisse de la productivité par tête qu'elle a induite, on introduit dans l'équation de long terme une variable muette à partir de fin 1998. Cette modélisation très frustrée de la mise en place des 35 heures équivaut à un effet positif durable sur le niveau de l'emploi.

CETTE ÉQUATION SUPPOSE L'EXOGENÉITÉ DES SALAIRES

Il est à noter que, dans cette équation, nous supposons implicitement l'exogénéité des salaires. Or il est probable que les mesures de diminution des cotisations sociales des employeurs aient des effets sur les salaires. D'une part, cela peut dépendre de la perception qu'ont les salariés de ces prélèvements (taxation pure ou revenus différés). Si les salariés perçoivent les cotisations patronales comme un prélèvement pur, ils négocient sur la rémunération

GRAPHIQUE 5 ●

évolutions de l'emploi salarié SMNA et du PIB



Sources : INSEE, DSS, calculs des auteurs.

2. Pour conforter l'idée d'un modèle à correction d'erreurs, nous nous sommes assurés de l'ordre d'intégration des séries utilisées. À cet égard, le test de stationnarité de Dikey-Fuller Augmenté a été mis en œuvre. Les résultats de ces tests indiquent que l'ensemble des séries utilisées sont intégrées d'ordre 1, c'est-à-dire qu'il est nécessaire de les différencier une fois pour les rendre stationnaires. De plus, l'hypothèse de cointégration est confirmée par le fait que le résidu de l'équation de long terme est stationnaire.

qu'ils perçoivent et non sur le coût réel du travail : l'allègement du coût du travail ne s'en trouve pas changé. Inversement, ils peuvent considérer les prélèvements comme un revenu différé (par exemple les cotisations maladie comme une prime d'assurance). Dans ce cas, une réduction des prélèvements sociaux serait accompagnée d'une négociation salariale à la hausse, ce qui amoindrirait la mesure d'allègement du coût du travail initialement voulue (Gafsi *et al.*, 2005). Pour autant, ce dernier cas de figure ne s'appliquerait pas ici étant donné que les réductions de charges considérées sur la période ont souvent été des exonérations compensées par des transferts de l'État.

D'autre part, on lie souvent le salaire à la productivité du travail par tête. Or l'augmentation de l'emploi consécutive à une baisse des taux de cotisations conduit, toutes choses égales par ailleurs, à une baisse de la productivité par tête et pourrait donc entraîner une réduction du salaire moyen. Cet effet est à relativiser par le fait que les salariés les plus concernés par ces mesures sont ceux dont la rémunération, proche ou égale au SMIC, ne peut donc pas (ou peu) être réduite.

Ces deux effets ont des influences inverses sur le salaire. À cela, s'ajoute le fait que les mesures de baisses de cotisations ciblées sur les bas salaires aient pu impliquer une substitution entre travail qualifié et travail non qualifié (substitution qui n'a pu être étudiée ici du fait de l'agrégation des données) et, ainsi, engendrer au niveau global une baisse du salaire moyen par tête.

La difficulté d'évaluer précisément le lien entre taux de cotisations et salaires vient du caractère agrégé de nos données. Toutefois, sur les données dont nous disposons, une estimation d'une équation de salaire ne montre pas d'effet significatif des taux de cotisations sociales patronales sur le salaire réel par tête.

L'ÉLASTICITÉ DE LONG TERME DE L'EMPLOI À SON COÛT SERAIT ÉGALE À -0,9...

On estime l'équation d'emploi sur le champ des secteurs marchands non agricoles sur la période 1985T1-2003T3. Ceci ne permet pas de distinguer l'impact spécifique des mesures d'exonérations de charges ciblées sur les bas salaires. Néanmoins, cela permet d'estimer l'élasticité de l'emploi à son coût sur l'ensemble des secteurs, ce qui donne une vision plus générale de l'impact en termes d'emplois des baisses de cotisations sociales. Les résultats obtenus sont décrits dans l'encadré ci-dessous³.

On obtient une élasticité de l'emploi à son coût de l'ordre de -0,9. Cela signifie qu'une baisse de 1 % du coût réel de travail se répercutera à long terme et, toutes choses égales par ailleurs, par une hausse de 0,9 % de l'emploi. Le modèle à correction d'erreurs permet également de rendre compte de la dynamique de court terme. Ainsi, tout écart à la tendance de long terme se répercute à court terme par un rattrapage de l'ordre de 5 % au trimestre suivant. En

Équation de long terme⁴

$$\text{Log}(\text{emploi}_t) = -1,8 - 0,002 * \text{trend} + \text{log}(\text{PIB}_t) - 0,9 * \text{log}(\text{coût travail}_t) + 0,03 * \text{Dum}_{98T4-2003T3}$$

(-0,8) (-2,0) (contraint) (-3,3) (2,8)

Équation de court terme

$$\Delta \text{Log}(\text{emploi}_t) = 1,2 * \Delta \text{log}(\text{emploi}_{t-1}) - 0,4 * \Delta \text{log}(\text{emploi}_{t-2}) + 0,1 * \Delta \text{log}(\text{PIB}_t) - 0,04 * \Delta \text{log}(\text{coût travail}_t) - 0,05 * \text{res_long terme}_{t-1}$$

(10,9) (-3,6) (3,8) (-1,1) (-2,9)

R²=94% DW=2,11

trend est la variable de tendance temporelle.

Dum_{98T4-2003T3} correspond à une variable muette à partir du quatrième trimestre 1998 et incorpore donc la hausse du nombre d'emplois due à la mise en place de la RTT.

res_long terme représente le rappel de correction d'erreur.

Les statistiques entre parenthèses correspondent aux *t* de Student.

3. L'élasticité de l'emploi au PIB est fixée à 1. En effet, c'est la productivité apparente du travail qui est modélisée, les entreprises étant censées ajuster leurs effectifs à court terme suivant les gains de productivité apparents du travail attendus (cible de productivité).

4. Les écarts types de la relation de long terme sont ajustés pour la variance de long terme par la méthode des MCO dynamiques de Stock et Watson. En outre, dans le cadre de l'estimation d'une relation de cointégration, les statistiques du R² et de Durbin et Watson ne sont plus valides. Nous ne les présenterons donc pas.

revanche, le coût du travail n'apparaît pas significatif à court terme. Par ailleurs, le coefficient de la variation du PIB signifie un ajustement progressif de l'emploi à l'activité, ce qui rend compte du cycle de productivité : l'emploi ne s'ajustant pas immédiatement à la demande (l'embauche et le licenciement ont un coût et nécessitent donc quelques délais), lors d'un retournement conjoncturel à la hausse (respectivement à la baisse), la productivité apparente du travail va croître à court terme (respectivement diminuer à court terme).

En comparaison avec diverses études économétriques faites à ce sujet, l'élasticité obtenue est un peu plus élevée : d'autres études (Dormont, 1997) effectuées sur l'industrie manufacturière française (sur données agrégées de la comptabilité nationale) conduisent à des élasticités emploi-coût salarial de long terme comprises entre -0,8 et -0,5. Befly et Fourcade (2005) obtiennent sur une période légèrement antérieure (1983-2000) une élasticité bien inférieure (-0,22) mais le modèle autorise explicitement une substitution entre emploi qualifié et non qualifié par une variable de coût relatif. L'élasticité proche de -1 obtenue ici rapproche cette étude du modèle « Mascotte » de la Banque de France, où la fonction de production est de type « Cobb-Douglas ».

...CE QUI AMÈNE À ESTIMER À 250 000 EMPLOIS CRÉÉS OU SAUVEGARDÉS L'IMPACT DES BAISSSES DE COTISATIONS SOCIALES PATRONALES

Afin d'établir plus précisément la relation entre l'emploi et le taux de cotisations employeurs, on peut déterminer l'effet d'une baisse du taux de cotisations employeurs sur le coût du travail. Sur la période étudiée, le taux apparent moyen est de 33 %. Ainsi, à ce niveau, une baisse de 1 point du taux de cotisation correspond à une diminution du coût du travail de 0,75 %. Ceci entraînerait selon nos estimations et, toutes choses égales par ailleurs, une hausse de l'emploi de 0,68 % à long terme.

Ainsi, avec une diminution de 2,6 points entre 1990 et 2003 (le taux apparent de cotisations sociales est passé d'environ 33,7 % à 31,1 %), la baisse des charges patronales aurait permis, toutes choses égales par ailleurs, la création d'environ 250 000 emplois salariés des secteurs marchands (en ETP). Il est nécessaire de souligner que cette estimation ne prend pas en compte l'impact macroéconomique du financement des mesures d'exonérations (coût relativement important car la plupart a été

compensée aux organismes de sécurité sociale). En effet, il s'agit d'une comparaison entre la situation observée et celle simulée sans baisse de taux de cotisations mais toutes choses égales par ailleurs.

De nombreuses études, souvent plus approfondies, ont été réalisées afin d'évaluer l'incidence sur l'emploi des allègements de cotisations sur les bas salaires. Ainsi, le chiffre obtenu se trouve être plutôt élevé par rapport aux récentes évaluations sur données macroéconomiques. En effet, Jamet (2005), sur données sectorielles, évalue l'impact des allègements de cotisations sociales sur l'emploi peu qualifié entre +78 000 et +190 000 emplois, suivant l'élasticité de substitution sectorielle retenue entre le travail peu qualifié et qualifié. Gafsi *et al.* (2005) estiment qu'un maximum de 150 000 emplois peu qualifiés ont été créés ou sauvegardés par ces mesures mais, du fait des substitutions entre travail qualifié et peu qualifié, l'effet sur l'emploi total est estimé entre +60 000 et +80 000. Par ailleurs, Audric *et al.* (2000) évaluent par une maquette analytique macroéconomique un effet de +210 000 emplois en considérant une élasticité de substitution du travail non qualifié aux autres facteurs égale à 0,7.

Notre évaluation se trouve par ailleurs un peu plus faible que celle établie par Befly et Fourcade, (2005), bien que l'élasticité globale de l'emploi au coût du travail soit plus forte. Ceci tient au fait que la spécification retenue dans cette dernière étude prend en compte un coût relatif du travail qualifié au travail non qualifié et la possibilité de substitution entre ces deux catégories de main-d'œuvre. Estimant ainsi l'impact spécifique des allègements de charges sur les bas salaires entre 1992 et 2000, Befly et Fourcade (2005) concluent à +330 000 emplois en ETP, toutes choses égales par ailleurs.

Par ailleurs, les études faites sur données microéconomiques donnent des évaluations bien supérieures : Laroque et Salanié (2000) estiment l'impact à long terme des allègements de cotisations à +490 000 emplois créés ou sauvegardés et Crépon et Desplatz (2001), à +460 000 emplois dès 1997.

Les résultats obtenus ici se trouvent donc dans le milieu de la fourchette établie par ces différentes évaluations. Ceci est aussi confirmé par L'Horty (2006) qui rassemble les résultats de près de quinze études évaluant l'impact des exonérations sur les bas salaires (incluant cinq des six citées ci-dessus). Il établit que, selon celles-ci, le nombre moyen d'emplois non qualifiés créés s'élève à un peu plus de 250 000. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- AUDRIC S., GIVORD P., PROST C., 2000, « Estimation de l'impact sur l'emploi non qualifié des mesures de baisse des charges sociales », *Revue économique*, vol. 51, n° 3, mai, Presses de Sciences Po.
- BAGHLI M., BRUNHES-LESAGE V., DE BANDT O., FRAISSE H., VILLETTELLA J.-P., 2004, « MASCOTTE : modèle d'analyse et de prévision de la conjoncture trimestrielle », *Notes d'études et de recherche*, n° 106, Banque de France.
- BEFFY P.-O., FOURCADE N., 2005, « Le ralentissement de la productivité du travail au cours des années 1990 : l'impact des politiques d'emploi », *Économie et Statistique*, n° 376-377, INSEE.
- BORGY V., QUÉMA É., 2004, « Contribution des coûts du travail à la "jobless recovery" de 2001-2003 aux États-Unis », *Analyses économiques*, n° 40, juin, Direction de la prévision, Ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie.
- CAUSSAT L., HENNION M., HORUSITZKY P., LOISY C., 2005, « Les transformations du financement de la protection sociale et leurs incidences économiques », *Dossiers solidarité et santé*, n° 3, juil.-sept., DREES.
- CRÉPON B., DESPLATZ R., 2001, « Une nouvelle évaluation des effets des allègements de charges sur les bas salaires », *Économie et Statistique*, n° 348, INSEE.
- DORMONT B., 1997, « L'influence du coût salarial sur la demande de travail », *Économie et Statistique*, n° 301-302, INSEE.
- GAFSI I., L'HORTY Y., MIHOUBI F., 2005, « Allègement du coût du travail et emploi peu qualifié : une réévaluation », in MEDA D., VENNAT F., *Le travail non qualifié*, Paris, La Découverte.
- GERMAIN J.-M., 1997, « Allègements de charges sociales, coût du travail et emploi dans les modèles d'équilibre : enjeux et débats », *Économie et Statistique*, n° 301-302, INSEE.
- HORUSITZKY P., 2005, « L'évolution de la législation relative au financement de la protection sociale depuis 1980 », *Dossiers solidarité et santé*, n° 3, juil.-sept., DREES.
- JAMET S., 2005, « Allègements généraux de cotisations sociales et emploi peu qualifié : de l'impact sectoriel à l'effet macro-économique », *Document d'études*, n° 103, juillet, DARES.
- LAFFARGUE J.-P., 2000, « Effets et financement d'une réduction des charges sur les bas salaires », *Revue économique*, vol. 51, n° 3, mai, Presses de Sciences Po.
- LAROQUE G., SALANIÉ B., 2000, « Une décomposition du non-emploi en France », *Économie et Statistique*, n° 331, INSEE.
- L'HORTY Y., 2006, « Dix ans d'évaluation des exonérations sur les bas salaires », *Connaissance de l'emploi*, n° 24, janvier, Centre d'études de l'emploi.
- MALINVAUD E., 1998, « Les cotisations sociales à la charge des employeurs : analyse économique », *Les rapports du Conseil d'analyse économique*, n° 9, Paris, La Documentation française.
- REMY V., 2005, « Éléments de bilan sur les travaux évaluant l'efficacité des allègements de cotisations sociales employeurs », *Document d'études*, n° 101, juillet, DARES.

LES DISPARITÉS DÉPARTEMENTALES D'ORGANISATION CONCERNANT LA MISE EN ŒUVRE DU RMI UN AN APRÈS LA DÉCENTRALISATION

Marie AVENEL et Cécile NABOS

Ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement

Ministère de la Santé et des Solidarités

DREES

Au premier trimestre 2005, un an après l'entrée en vigueur de la loi du 18 décembre 2003 qui a confié aux Départements la gestion et le financement du RMI, une enquête de la DREES menée en collaboration avec l'ADF montrait la diversité des modes d'organisation adoptés par les conseils généraux pour mettre en place ce dispositif. Début 2005, les disparités départementales en la matière étaient déjà importantes, même si les réorganisations n'étaient pas encore stabilisées à cette date.

Là où le nombre d'allocataires était relativement faible, les collectivités se sont réorganisées plus rapidement et ont adopté plus vite leurs programmes départementaux d'insertion (PDI) et leurs plans locaux d'insertion (PLI). Ces dernières ont aussi davantage signé des conventions avec les caisses d'allocations familiales (CAF) et les caisses de mutualité sociale agricole (CMSA), partenaires incontournables chargés de verser l'allocation aux bénéficiaires du RMI relevant respectivement du régime général et du régime agricole. En revanche, les départements comptant les plus fortes proportions de personnes couvertes par le RMI offrent une plus grande diversité des lieux de dépôt de demande. Si l'on ne peut établir de corrélation entre le nombre d'allocataires du RMI et la richesse des départements, il semblerait que les premiers choix d'organisation diffèrent selon la prospérité des collectivités, les plus aisées s'étant plus vite réorganisées. À partir de cette étude, une typologie de six groupes de département a été dégagée.

Avec la loi du 18 décembre 2003 décentralisant le revenu minimum d'insertion (RMI) et créant le CI-RMA (contrat d'insertion-revenu minimum d'activité), le Département est devenu depuis le 1^{er} janvier 2004 le chef de file du dispositif RMI. Auparavant, depuis la création de ce minimum social en 1988, l'État gérait entièrement l'allocation mais le volet concernant l'insertion sociale et professionnelle des allocataires était copiloté par l'État et le conseil général.

Au moment de la mise en œuvre de la loi de décentralisation du RMI, les disparités départementales en matière de RMI étaient déjà importantes et le copilotage État-Département face à ces disparités faisait l'objet de critiques récurrentes¹. La diversité des situations a ainsi pu peser sur la plus ou moins grande promptitude des départements à se réorganiser, sur l'ampleur des modifications opérées et les premières modalités d'organisation retenues.

Au premier trimestre 2005, pour éclairer les conséquences de la mise en œuvre de la loi, la DREES, avec le concours de l'Assemblée des départements de France (ADF), avait lancé une enquête exhaustive auprès des conseils généraux de métropole et d'outre-mer. Il s'agissait, un peu plus d'un an après l'entrée en vigueur de la loi, de mieux cerner les modalités d'organisation choisies par les départements pour piloter l'intégralité du dispositif (encadré 1) [Avenel, 2005].

Selon cette enquête, la plupart des départements n'avait pas encore achevé, début 2005, les modifications envisagées pour assurer le pilotage complet de ce dispositif. Au-delà de ce constat, cette étude se propose d'étudier les différentes façons dont les départements de métropole ont commencé à mettre

1. Voir la deuxième partie du Rapport public annuel 2001 de la Cour des Comptes (http://www.ccomptes.fr/Cour-des-comptes/publications/rapports/rp2001/rpa_4.html#ancre1_0).

en œuvre la loi, au regard du contexte économique et social local. Parmi les quatre départements d'outre-mer (DOM), seule la Martinique avait répondu à l'enquête. Nous avons donc limité le champ de la présente étude à une analyse des disparités sur les seuls départements métropolitains ayant répondu à l'enquête. Afin de mettre en évidence ces disparités, les départements ont été divisés en quatre groupes d'effectifs égaux (quartiles Q1, Q2, Q3, Q4) en fonction de leurs caractéristiques socioéconomiques.

Après une année d'exercice de leurs nouvelles compétences, il est difficile de dégager un ou des modèle(s) : à caractéristiques économiques et sociales proches, les départements n'ont pas toujours opté pour les mêmes modes d'organisation. En revanche, d'après les réponses à l'enquête, six groupes homogènes de départements ont pu être constitués à partir des premières modalités d'organisation retenues (voir la typologie en fin d'article).

FORTES DISPARITÉS LOCALES DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES DU RMI AU MOMENT DE LA DÉCENTRALISATION

En confiant la gestion et le financement de l'allocation du RMI aux Départements, la loi du 18 décembre 2003, entrée en application depuis le 1^{er} janvier 2004, a sans doute été vécue et appréhendée différemment selon les départements en raison notamment de fortes disparités départementales observées en matière de RMI.

Ces variations reflètent en premier lieu la situation démographique hétérogène des départements : en valeur absolue, le nombre de personnes couvertes par le RMI variait ainsi de 1 à 100 entre les valeurs départementales extrêmes fin 2004.

Rapportées à la population, ces disparités sont tout aussi marquantes et renvoient à la situation économique et sociale locale, notamment au regard du chômage (encadré 2). Au total, 3,5 % de la population bénéficiait fin 2004 du RMI sur le territoire métropolitain (ce taux inclut les allocataires, conjoints et enfants à charge, rapportés à l'ensemble de la population). Les départements situés à l'extrémité nord du pays, et plus encore ceux du pourtour méditerranéen, connaissaient les taux les plus élevés. La part de la population couverte par le RMI était ainsi comprise entre 4,8 % et 6,0 % dans les départements des Ardennes et du Nord-Pas-de-Calais. Elle dépassait 6 % en Seine-Saint-Denis (6,8 %) et dans les départements constituant la région Languedoc-Roussillon. Ainsi, dans les Bouches-du-Rhône, 7,6 % de la population bénéficiait du RMI à la fin de l'année 2004, soit cinq fois

plus que dans l'Ain, la Haute-Loire et la Vendée, départements dans lesquels cette proportion ne représentait à la même date que 1,5 % (carte 1).

Augmentation quasi générale du nombre d'allocataires en 2004, mais d'ampleur très variable selon les départements

La décentralisation du RMI s'est effectuée dans un contexte marqué depuis 2002 par une hausse continue du nombre d'allocataires au niveau national (+8,5 % entre le 31 décembre 2003 et le 31 décembre 2004, après une hausse de +5,0 % en 2003 et de +1,3 % en 2002). Entre 2003 et 2004, seule la Lozère a enregistré une diminution (-3,2 %). Les départements situés dans l'est de la France et les départements franciliens de la grande couronne ont quant à eux connu les plus fortes augmentations du nombre d'allocataires du RMI en 2004 (entre +14 % et près de +20 %) [carte 2]. Tous ces départements

ENCADRÉ 1 ●

L'ENQUÊTE SUR LES MODES D'ORGANISATION DES CONSEILS GÉNÉRAUX SUITE À LA DÉCENTRALISATION DU RMI ET À LA CRÉATION DU CI-RMA

Suite à la loi du 18 décembre 2003 portant décentralisation du RMI et créant le CI-RMA, la DREES, en collaboration avec l'ADF, avait lancé en février 2005 une enquête exhaustive auprès des conseils généraux afin de mieux appréhender l'impact de cette loi sur l'organisation et le fonctionnement des départements un peu plus d'un an après son entrée en application.

Les thèmes abordés dans cette étude visaient à recueillir divers éléments d'information relatifs aux conséquences de cette loi sur l'organisation interne des conseils généraux, sur les partenariats établis avec les différents acteurs locaux mais aussi sur les dispositifs départementaux et locaux d'insertion (PDI, CDI, CLI, PLI) [voir encadré 3 page 79] et, plus généralement, sur les modalités d'organisation retenues par les départements pour l'instruction administrative et sociale du dispositif (instruction des demandes, actions d'insertion).

Le questionnaire de cette enquête a été élaboré en concertation avec les caisses de sécurité sociale (CNAF et CCMSA), l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE), l'Association nationale pour la formation professionnelle des adultes (AFPA), l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS), la Direction générale des collectivités locales (DGCL), l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée (ODAS), les ministères sociaux (DARES, DGAS, DGEFP) et les départements des Bouches-du-Rhône, de la Seine-Saint-Denis et du Val-d'Oise.

Sur 100 questionnaires envoyés début février à l'ensemble des départements, 75 nous ont été retournés dans les quatre mois qui ont suivi cet envoi, dont un seul en provenance des départements d'outre-mer (Martinique).

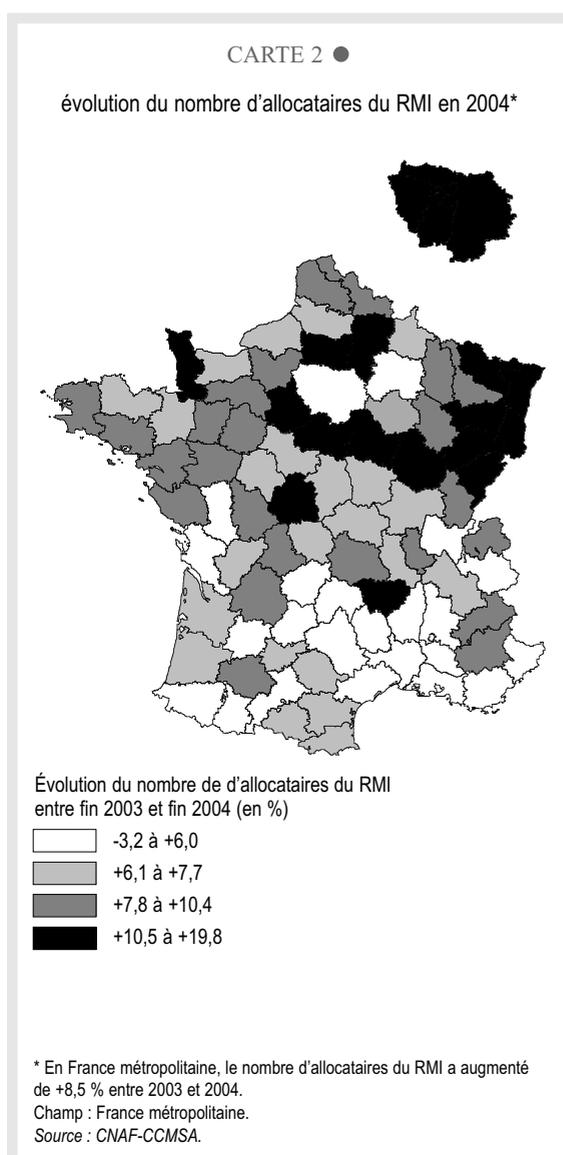
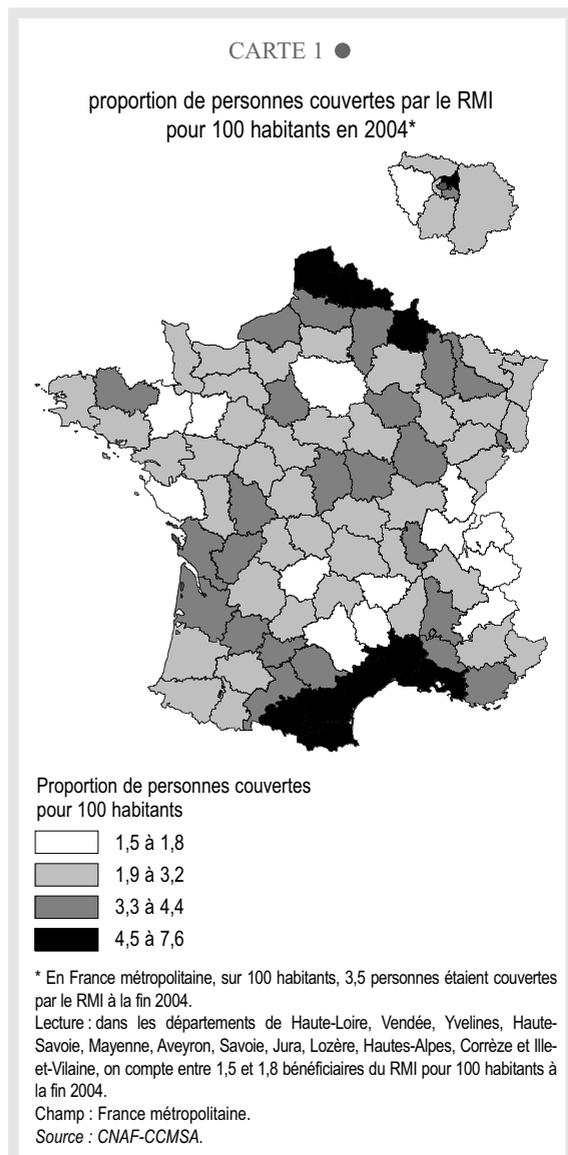
avaient fin 2003 une part des bénéficiaires du RMI dans la population inférieure à la moyenne nationale. Les fortes augmentations du nombre d'allocataires observées en 2004 n'ont pas seulement concerné les départements où le nombre de Rmistes était au départ relativement peu élevé. Par exemple, la Seine-Saint-Denis, où la part de personnes couvertes par le RMI était l'une des plus élevées de France métropolitaine, a enregistré une augmentation du nombre d'allocataires supérieure à la moyenne nationale (+12,1 %).

Les départements où le nombre d'allocataires est relativement faible ont plus rapidement mené leur réorganisation interne...

Le nombre d'allocataires du RMI enregistrés dans le département et leur part dans la population ont pu amener certains conseils généraux à se réorganiser

plus vite que d'autres. Au niveau national (sur la base des 74 départements métropolitains ayant répondu à l'enquête), près de trois départements sur quatre ont déclaré s'être réorganisés dans le cadre de la décentralisation du RMI. Ceux qui déclaraient ne pas avoir modifié l'organisation interne de leurs services au début 2005 comptaient en moyenne un peu plus de personnes couvertes par le RMI que les autres (3,4 pour 100 habitants, contre respectivement 3,2 et 3,1 dans les départements déjà réorganisés ou en cours de réorganisation). La part de personnes inscrites dans le dispositif depuis au moins cinq ans y était également plus élevée que dans les autres départements. En revanche, l'évolution moyenne du nombre d'allocataires du RMI entre 2003 et 2004 y était plus faible.

Quant aux départements qui s'étaient déjà réorganisés un peu plus d'un an après la loi de décentrali-



ENCADRÉ 2 ●

CHÔMAGE ET RMI

La carte du chômage est très proche de celle du RMI. Ainsi, à la fin 2004, les zones géographiques les plus marquées par le RMI enregistraient également les plus forts taux de chômage de métropole. C'est le cas de la Seine-Saint-Denis et des départements situés le long de la frontière franco-belge et du pourtour méditerranéen. Dans ces départements, la part des demandeurs d'emploi dans la population active variait autour de 13 % à 14 %, alors que la moyenne nationale s'établissait à 10% en décembre 2004. De même, les départements dont la part des personnes couvertes par le RMI est faible enregistraient des niveaux de chômage inférieurs à la moyenne nationale (entre 6,5 % et 7,9 %).

Le niveau de chômage dans le département constitue en outre un indicateur des débouchés disponibles sur le marché du travail local pour les allocataires du RMI. Il fournit donc un éclairage sur le contexte économique dans lequel interviennent les actions d'insertion professionnelle menées par le conseil général.

Le taux de chômage local peut également être mis en corrélation avec la part d'allocataires du RMI inscrits dans le dispositif depuis au moins cinq ans et la proportion des allocataires du RMI en intéressement. Le dispositif d'intéressement permet aux bénéficiaires de cumuler, sous certaines conditions et pour une durée limitée, leur allocation avec des revenus tirés de leur activité professionnelle, en vue de faciliter leur (ré)insertion sur le marché de l'emploi. La part d'allocataires du RMI en intéressement est relativement stable depuis 4 ans mais varie selon les départements, en raison notamment du lien négatif entre le niveau de chômage et la part de bénéficiaires du RMI en intéressement : plus le niveau de chômage est élevé et moins la proportion de bénéficiaires en intéressement est élevée. Fin 2004, 5,8 % des allocataires du RMI relevant du régime général était en intéressement en Seine-Saint-Denis, contre 22,1 % dans le Cantal (12,2 % en France métropolitaine).

Concernant l'ancienneté dans le dispositif, le lien avec le chômage est positif (Lorgnet et al., 2005) : plus le niveau de chômage est élevé, plus la part d'allocataires du RMI inscrits durablement dans le dispositif depuis au moins 5 ans est élevée. Au niveau national au 31 décembre 2004, près d'un allocataire du RMI sur trois était inscrit dans le dispositif RMI depuis au moins 5 ans (29,7 %), avec une variation départementale oscillant entre 16,4 % et 40,5 %. Dans un peu plus d'un tiers des départements, la part d'allocataires inscrits au RMI de façon continue depuis au moins 5 ans était à cette date supérieure à la moyenne. Ils couvraient avant tout les régions les plus touchées par le chômage et le RMI. Néanmoins, d'autres départements moins marqués par ces deux phénomènes et principalement situés au centre-ouest du pays, comme la Charente, le Cher, la Creuse ou encore le Maine-et-Loire et le Loir-et-Cher, comptaient également une proportion d'allocataires au RMI présents depuis au moins 5 ans supérieure à la moyenne (entre 32 % et 33 %).

sation, ils étaient plus nombreux à déclarer avoir recruté du personnel supplémentaire, modifié leur système d'information et mis en place le CI-RMA au début 2005 (tableau 1).

...ils sont également plus nombreux à avoir adopté leur plan départemental d'insertion depuis la décentralisation

Les départements qui enregistraient à la fin 2004 les plus fortes parts de bénéficiaires du RMI dans leur population (Q4) étaient les plus nombreux à déclarer ne pas avoir un Programme départemental d'insertion (PDI) et un Plan local d'insertion (PLI) en vigueur au début 2005 (encadré 3). En revanche, ils étaient les plus nombreux à déclarer avoir opéré un nouveau découpage des CLI (Commissions locales d'insertion) depuis la décentralisation du RMI (tableau 2).

Concernant les PDI, 58 % des départements métropolitains déclaraient les avoir adoptés entre 2004 et début 2005, soit très peu de temps après l'entrée en vigueur de la loi de décentralisation. Parmi eux, 54 % ont opté pour un PDI limité à une durée d'un an. Il existe cependant des disparités entre les départements selon l'importance de la part de la population couverte par le RMI. Parmi ceux dont la population couverte par le RMI était la plus faible (Q1), la très grande majorité (81,8 %) avaient adopté leur PDI après la loi de décentralisation. Pour 85 % d'entre eux, la durée du PDI était d'un an (tableau 3).

Relations avec les partenaires : les départements ayant relativement peu d'allocataires du RMI ont davantage passé convention avec la CAF et la CMSA pour le paiement de l'allocation au début 2005...

Dans le cadre de la décentralisation du RMI, les départements ont été amenés à définir de nouvelles relations partenariales, en particulier avec les caisses d'allocations familiales (CAF) et les caisses de mutualité sociale agricole (CMSA), chargées respectivement de verser le RMI aux allocataires relevant du régime général et du régime agricole. Au niveau national fin 2004, les allocataires relevant de la MSA représentaient 2 % des allocataires du RMI, mais cette proportion dépassait 10 % dans le Cantal (17 %), le Lot-et-Garonne (10,8 %) et la Lozère (10,6 %). Au début 2005, les départements métropolitains, même les plus ruraux, étaient plus nombreux à déclarer avoir passé convention avec la CAF (87 %) qu'avec la CMSA (77 %). Ceux

TABLEAU 1 ●

réorganisation au sein du conseil général selon la situation vis-à-vis du RMI
et de certaines modifications engagées au début 2005 en %

	Réorganisation au sein du conseil général			
	Oui	En cours	Non	Ensemble des départements répondants
Personnes couvertes par le RMI	3,2	3,1	3,4	3,2
Part d'allocataires du RMI dont l'ancienneté est au moins égale à cinq ans	28,1	27,7	30,4	28,4
Évolution du nombre d'allocataires entre 2003 et 2004	8,2	9,2	6,3	8,0
Personnel supplémentaire recruté en 2005	74,0	50,0	40,0	67,0
Modification du système d'information	46,3	12,5	36,4	41,0
Mise en place du CI-RMA	56,4	50,0	45,5	54,0

Lecture : parmi l'ensemble des départements ayant répondu à l'enquête, 74,3 % avaient déclaré s'être réorganisés au sein du conseil général au début de l'année 2005. Parmi eux, 74 % déclaraient avoir recruté du personnel, 46,3 % déclaraient avoir modifié leurs systèmes d'information et 56,4 % déclaraient avoir mis en place le CI-RMA.

Champ : France métropolitaine.

Source : enquête sur les modes d'organisation des conseils généraux suite à la décentralisation du RMI et à la création du CI-RMA, DREES-ADF, février 2005.

dont la part d'allocataires relevant de la MSA était la plus importante avaient tous signé une convention avec la CAF et avaient davantage passé convention avec la MSA (respectivement 100 % et 83 %) que les départements comptant très peu d'allocataires relevant du régime agricole (respectivement 95 % et 74 %).

En définitive, les départements où la part de bénéficiaires du RMI dans la population était la plus faible (Q1) étaient les plus nombreux à déclarer avoir passé convention à la fois avec la CAF et les CMSA (un peu plus de huit départements sur dix, contre sept sur dix pour les départements les plus touchés par le RMI – Q4) [tableau 4].

Dans le cadre des conventions passées avec les organismes payeurs, les départements ont la possibilité de renforcer les contrôles effectués par ces organismes à l'égard des bénéficiaires du RMI². Cette possibilité n'était début 2005 que peu utilisée par les départements métropolitains. En effet, parmi ceux qui avaient signé une convention avec les organismes payeurs à cette date, moins d'un quart (19 %) déclarait avoir modifié cette politique de contrôle. Dans ces départements, la part des bénéficiaires du RMI dans la population était quasi identique à celle des départements n'ayant pas modifié la politique de contrôle (respectivement 2,9 % contre 2,8 % fin 2004) et l'évolution de leur nombre entre 2003 et 2004, légèrement inférieure (+7,4% contre +7,9 %). En revanche, ils comprenaient davantage d'habitants vivant en milieu rural.

2. Les contrôles effectués par les organismes payeurs comprennent habituellement : les vérifications par recoupement de fichiers administratifs, le contrôle sur pièces et le contrôle sur place, au domicile du bénéficiaire.

TABLEAU 2 ●

PDI, PLI et CLI
selon la population couverte par le RMI
dans les départements en %

Part de population couverte (Quartile)*	Pas de PDI en vigueur	Pas de PLI en vigueur	Nouveau découpage des CLI
Q1	18,7	13,3	23,5
Q2	19,0	4,8	33,3
Q3	17,6	11,8	33,3
Q4	30,0	26,3	39,0
Ensemble	21,6	13,9	32,4

* Les quartiles consistent à diviser les départements en 4 groupes d'effectifs égaux. Dans le tableau ci-dessus, le partage s'est effectué sur les 74 départements métropolitains ayant répondu à l'enquête. Le premier quartile (Q1) correspond aux 25 % des départements ayant répondu à l'enquête, dont la part d'allocataires du RMI dans la population y est la plus faible (entre 1,5 et 2,1 allocataires du RMI pour 100 habitants). Dans le deuxième quartile (Q2), cette part varie entre 2,2 % et 2,8 %. Dans le troisième quartile (Q3), elle varie entre 2,9 % et 3,6 %. Enfin, le dernier quartile (Q4) correspond aux 25 % des départements dont la part d'allocataires dans la population y est la plus élevée (entre 3,7 % et 7,6 %).

Lecture : dans les départements appartenant au dernier quartile (Q4), 30 % et 26,3% déclaraient ne pas avoir de PDI et de PLI en vigueur au début de l'année 2005. En revanche, ils étaient 39 % à déclarer avoir procédé à un nouveau découpage des CLI.

Champ : France métropolitaine.

Source : enquête sur les modes d'organisation des conseils généraux suite à la décentralisation du RMI et à la création du CI-RMA, DREES-ADF, février 2005.

... et ont davantage renouvelé la composition de leur CDI, dans le sens d'une plus forte représentation des collectivités locales

Les modifications accomplies dans le domaine de la politique locale d'insertion étaient au début de l'année 2005 variables selon l'importance de la part de la population couverte par le RMI dans les départements. Les départements ayant les plus faibles parts de bénéficiaires du RMI fin 2004 (Q1) étaient les plus nombreux à déclarer avoir modifié la composition de leur Conseil départemental d'insertion (CDI), chargée d'émettre un avis sur le Programme départemental d'insertion (PDI) avant son adoption par le président du conseil général (encadré 3) : près de huit départements sur dix ont déclaré l'avoir modifiée, contre deux sur trois au niveau national et six sur dix parmi les départements ayant les plus fortes parts de bénéficiaires du RMI (Q4).

Dans les départements ayant la proportion de la population couverte par le RMI la plus importante, la composition du nouveau CDI se distinguait par une majorité de représentants de différents organismes et institutions (présidents des différentes CLI, élus et fonctionnaires territoriaux, représentants des CAF, de la MSA, etc.), alors que, dans les autres départements, le CDI était en grande partie composé de représentants de collectivités locales et d'associations (tableau 5).

Degré de délégation : les départements où la proportion de personnes couvertes par le RMI est la plus élevée offraient un plus large choix de lieux de dépôt des demandes...

Selon les dispositions de la loi du 18 décembre 2003, les CAF et les CMSA peuvent désormais recueillir les demandes RMI au même titre que les centres communaux d'action sociale (CCAS), le service départemental d'action sociale ou encore les associations ou organismes à but non lucratifs. Pour l'année 2004, les dépôts de demande RMI s'étaient principalement effectués dans les services départementaux, dans les CCAS et dans les associations : respectivement 95,4 %, 93,9 % et 78,8 % des départements métropolitains déclaraient qu'au moins une partie des dossiers de demande du RMI avait été déposée dans l'un de ces lieux au cours de l'année 2004, contre 12,1 % dans les CAF et 37,9 % dans les CMSA (tableau 6). Au regard de la population couverte par le RMI dans les départements, la part de ceux qui déclaraient qu'au moins une partie des demandes avait été déposée dans le service départemental d'action sociale ou dans les CCAS était très proche dans les quatre groupes de départements (plus de 90 %). En revanche, des écarts plus ou moins grands se dessinent concernant le dépôt des demandes auprès des associations et des organismes payeurs. Les départements pour lesquels la

TABLEAU 3 ●

nature des PDI
selon la population couverte par le RMI
dans les départements

Part de population couverte (Quartile)*	PDI adoptés en 2004 ou 2005	
		dont PDI annuel
Q1	81,8	84,6
Q2	47,1	47,1
Q3	50,0	42,9
Q4	57,1	42,9
Ensemble	58,0	54,0

* Voir note du tableau 2.

Lecture : parmi les départements du premier quartile (Q1) ayant adopté un PDI entre 2004 et 2005 (81,8 %), 84,6 % avaient adopté un PDI d'une durée limitée à un an.

Champ : France métropolitaine.

Source : enquête sur les modes d'organisation des conseils généraux suite à la décentralisation du RMI et à la création du CI-RMA, DREES-ADF, février 2005.

TABLEAU 4 ●

conventions passées avec les organismes payeurs
au début 2005 selon le pourcentage
de population couverte par le RMI
dans les départements

	Pourcentage de population couverte par le RMI (quartile*)			
	Q1	Q2	Q3	Q4
Conventions passées avec les CAF et les CMSA	81	71	64	70

* Voir note du tableau 2.

Lecture : parmi les départements dont la part de population couverte par le RMI était la plus faible de France métropolitaine (Q1), 81 % déclaraient avoir passé convention avec la CAF et la CMSA au début 2005.

Champ : France métropolitaine.

Source : enquête sur les modes d'organisation des conseils généraux suite à la décentralisation du RMI et à la création du CI-RMA, DREES-ADF, février 2005.

part de « RMistes » dans la population départementale était la plus élevée (Q4) étaient les plus nombreux à déclarer qu'au moins une partie des demandes de RMI avait été déposée dans les associations (88,2 %), dans les CAF (23,5 %) et dans les MSA (47,1 %).

Enfin, si plus de 90 % des départements déclaraient qu'au moins une partie des demandes de RMI avaient été déposée dans les services sociaux départementaux et dans les CCAS, le volume des demandes de RMI traitées dans ces deux types de lieux varient selon les départements. Ainsi, 62 % des départements appartenant au premier quartile déclaraient qu'au moins 75 % des demandes de RMI avaient été effectuées par le conseil général, contre 29,4 % des départements du dernier quartile.

... et subventionnaient plus souvent des postes de référents dans des associations

Si, au début 2005, tous les départements métropolitains déclaraient disposer de personnes exerçant la fonction de référent au service départemental d'action sociale, environ huit sur dix (78 %) déclaraient par ailleurs la présence de référents RMI au sein des CCAS et des associations. Dans les départements ayant à la fois peu et beaucoup de personnes couvertes par le RMI (Q1 et Q4), les associations constituaient, après le conseil général, le deuxième type de lieu dans lequel les bénéficiaires du RMI pouvaient rencontrer des référents, alors qu'il s'agissait des CCAS dans les départements intermédiaires (Q2 et Q3). En revanche, les

TABLEAU 5 ●

composition des CDI après renouvellement de ses membres
selon la population couverte par le RMI dans les départements

	Population couverte par le RMI (quartile*)				
	Q1	Q2	Q3	Q4	Ensemble
Représentants de l'État	11,4	12,7	8,9	14,3	11,6
Représentants des collectivités locales	31,2	33,4	28,9	26,1	29,7
Représentants chargés de l'emploi et de la formation professionnelle	10,6	15,9	17,4	13,9	14,6
Autres personnes de droit privé ou public œuvrant dans le domaine de l'insertion	25,2	24,7	23,6	15,1	22,7
Autres	21,6	13,3	21,2	30,6	21,4
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* Voir note du tableau 2.

Lecture : parmi les départements ayant procédé au renouvellement des membres du CDI depuis la décentralisation, les représentants de l'État représentent 14,3 % des membres de la nouvelle CDI dans les départements appartenant à Q4 contre 8,9 % dans les départements appartenant à Q3.

Champ : France métropolitaine.

Source : enquête sur les modes d'organisation des conseils généraux suite à la décentralisation du RMI et à la création du CI-RMA, DREES-ADF, février 2005.

ENCADRÉ 3 ●

LE CADRE INSTITUTIONNEL DE LA POLITIQUE D'INSERTION AUX NIVEAUX DÉPARTEMENTAL ET LOCAL EN MÉTROPOLE.

Le CDI (Conseil départemental d'insertion). Depuis le 1^{er} janvier 2004, le CDI est chargé d'émettre un avis sur le PDI, dont l'élaboration et l'adoption relèvent dorénavant de la compétence du président du conseil général. Celui-ci est désormais également le seul à assurer la présidence du CDI et à arrêter la liste de ses membres. La composition de cette instance doit au minimum comporter des représentants des services de l'État, des collectivités territoriales, des organismes chargés de l'emploi et de la formation professionnelle et d'autres personnes de droit privé ou public, notamment des associations œuvrant dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion. À cette liste, peuvent s'ajouter d'autres partenaires choisis par chaque département.

Le PDI (Programme départemental d'insertion). Le PDI recense les besoins de la population et l'offre locale d'insertion, tout en planifiant les actions d'insertion correspondantes. Son adoption, avant le 31 mars de l'année en cours, est désormais confiée au président du conseil général après avis du CDI.

Les CLI (Commissions locales d'insertion). Depuis le 1^{er} janvier 2004, les CLI animent la politique locale d'insertion consistant notamment à :

- évaluer les besoins d'insertion sociale et professionnelle des bénéficiaires du RMI dans leur ressort ;
- recenser l'offre disponible d'insertion et évaluer les possibilités d'évolution et de diversification ;
- adresser des propositions au président du conseil général en vue de l'élaboration du PDI.

TABLEAU 6 ●

lieux de dépôt de demande RMI ayant été investis en 2004
selon la population couverte par le RMI dans les départements en %

	Population couverte par le RMI (quartile*)				
	Q1	Q2	Q3	Q4	Ensemble
Service départementale d'action sociale	93,8	94,1	93,8	94,1	95,4
CCAS	93,8	94,1	100,0	94,1	93,9
Associations ou organismes à but non lucratifs	75,0	70,6	81,3	88,2	78,8
CAF	6,2	11,8	6,3	23,5	12,1
CMSA	31,2	41,2	31,3	47,1	37,9
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* Voir note du tableau 2.

Lecture : 93,8 % des départements du premier quartile (Q1) déclaraient qu'au moins une partie des demandes de RMI avait été déposée dans le service départemental.

Champ : France métropolitaine.

Source : enquête sur les modes d'organisation des conseils généraux suite à la décentralisation du RMI et à la création du CI-RMA, DREES-ADF, février 2005.

départements pour lesquels la part de bénéficiaires du RMI était la plus importante (Q4) étaient les plus nombreux à déclarer disposer de référents dans les associations (90 %) (tableau 7).

Les partenariats avec le service public de l'emploi sont davantage liés à la mise en place du CI-RMA au début 2005

Au moment de l'enquête, la formalisation du partenariat avec les agences du service public de l'emploi n'était pas aboutie : début 2005 en effet, 38 % des départements métropolitains avaient signé au moins une convention avec l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE) et 21 % avec l'Association pour la formation professionnelle des adultes (AFPA). Tous les départements ayant passé convention avec ce dernier organisme déclaraient à l'unanimité avoir passé convention avec l'ANPE ou déclaraient que celle-ci était en cours de négociation. Les départements ayant signé avec au moins l'un de ces deux opérateurs concernaient principalement des départements ayant mis en place le CI-RMA. Parmi les départements ayant déclaré avoir choisi l'ANPE comme partenaire au début 2005, un peu plus de deux départements sur trois déclaraient avoir mis en place le CI-RMA, contre 41,7 % des départements qui n'avait pas signé de convention avec cet opérateur. Lorsque le département avait conclu un accord avec l'AFPA, ces chiffres étaient respectivement de 66,7 % contre 51 %. Enfin, lorsque les départements avaient signé des conventions à la fois avec l'ANPE et l'AFPA, ils étaient huit sur dix à avoir déclaré que le CI-RMA

était en vigueur dans leur département, contre 50 % des départements n'ayant signé avec aucun des ces deux opérateurs.

De fortes disparités dans le rapport entre les dépenses de RMI et les ressources fiscales

Les contraintes financières³ plus ou moins grandes ont pu jouer sur les diverses modalités d'organisation adoptées par les conseils généraux. Les

TABLEAU 7 ●

présence de « référents RMI »
dans les différents organismes
selon la population couverte par le RMI
dans les départements* en %

	Population couverte par le RMI (quartile**)				
	Q1	Q2	Q3	Q4	Ensemble
CCAS	60,0	88,0	88,0	75,0	78,0
Association	69,0	71,0	82,0	90,0	78,0
ANPE	40,0	44,0	28,0	43,0	39,0
CAF et/ou MSA	8,0	20,0	9,0	7,0	11,0
MSA	8,0	0,0	18,0	7,0	8,0

* La part des départements ayant des référents à l'ANPE ou dans les organismes sociaux ont passé convention avec ces derniers.

** Voir note du tableau 2.

Lecture : 90 % des départements appartenant au dernier quartile déclaraient la présence de référents dans les associations, contre 69 % dans les départements du premier quartile.

Champ : France métropolitaine.

Source : enquête sur les modes d'organisation des conseils généraux suite à la décentralisation du RMI et à la création du CI-RMA, DREES-ADF, février 2005.

3. Les ressources fiscales potentielles (assiettes des quatre taxes locales directes) sont un indicateur de la masse financière plus ou moins indirectement mobilisable par le conseil général pour faire face à l'accroissement de ses dépenses. Les assiettes fiscales par habitant fournissent un éclairage complémentaire sur la prospérité relative du territoire (voir encadré 4).

différences de richesse entre départements ne recourent pas directement celles relatives au chômage ou au niveau du RMI (tableau 8). Si l'on distingue quatre groupes de départements d'effectifs égaux (quartiles) selon leur « richesse » estimée par le niveau d'assiettes fiscales par habitant, l'évolution des effectifs d'allocataires a été 1,4 fois supérieure pour les 25 % les plus riches (Q4) que pour les 25 % les plus pauvres (Q1).

En 2004, les dépenses liées au RMI (allocation et insertion) et au CI-RMA représentaient en moyenne 2,6 % des assiettes départementales des quatre taxes⁴, avec là encore de fortes disparités – ce *ratio* variait en effet entre 0,9 % et 8,4 %.

Au début 2005, les départements qui ont le plus rapidement mené réorganisations et recrutements étaient moins peuplés et plus riches

Certaines différences dans les modes d'organisation des départements semblent coïncider avec des disparités de prospérité. Les départements déclarant s'être réorganisés avaient en moyenne des assiettes

fiscales par habitant légèrement supérieures à celles des autres (3 240 euros, contre 2 955 euros) – ce qui signifie qu'il s'agit de départements relativement moins peuplés mais plus prospères. Ceux qui avaient recruté du personnel avaient eux aussi une richesse par habitant supérieure. En revanche, les départements ayant amélioré leur système d'information avaient des assiettes fiscales par habitant en moyenne moins élevées que les autres. Enfin, les départements pour lesquels les modifications (réorganisation, conventionnement avec l'AFPA ou avec l'ANPE, amélioration du système d'information, mise en place du CI-RMA) étaient engagées mais non conclues au moment de l'enquête, étaient ceux dont le niveau de ressources fiscales par habitant était le plus faible.

Les dépenses d'insertion les plus élevées par allocataire sont consenties à la fois par les départements les plus et les moins aisés

Pour tenter de remédier à d'éventuelles difficultés financières, les départements disposent, en droit, de marges de manœuvre tant du côté des recettes que du

TABLEAU 8 ●

caractéristiques des départements au regard du RMI selon leur richesse, estimée par le niveau des assiettes des quatre impôts locaux directs par habitant en 2004

	Q1	Q2	Q3	Q4	Moyenne nationale
Taux de chômage au 31 décembre 2004 ¹	9,4 %	9,5 %	9,4 %	9,9 %	9,6 %
Part de la population couverte par le RMI au 31 décembre 2004 ²	3,2 %	3,1 %	3,4 %	2,9 %	3,1 %
Évolution du nombre d'allocataires du RMI entre le 31 décembre 2003 et le 31 décembre 2004 ²	7,2 %	7,9 %	8,0 %	10,1 %	8,3 %
Ouvertures de droits au RMI en 2004 ²	2 769	2 496	4 005	5 989	3 815
Évolution entre 2003 et 2004 des ouvertures de droits au RMI ²	13,5 %	12,5 %	13,3 %	16,3 %	13,9 %
Poids du total des dépenses liées au RMI et RMA / assiettes fiscales ³	3,4 %	2,6 %	2,6 %	1,9 %	2,6 %
Poids dépenses d'insertion RMI / produits fiscaux ³	5,2 %	3,9 %	4,4 %	5,8 %	17,9 %
Poids dépenses d'allocation RMI / produit fiscaux ³	30,1 %	24,9 %	29,1 %	22,8 %	26,7 %
Part des allocataires présents depuis moins de un an au 31 décembre 2004 ²	28,3 %	29,3 %	29,0 %	32,6 %	29,8 %
Part des allocataires présents depuis plus de cinq ans au 31 décembre 2004 ²	29,1 %	28,6 %	28,7 %	25,3 %	28,0 %
Part des allocataires en intéressement fin 2004 ²	14,8 %	14,7 %	14,4 %	13,2 %	14,3 %
Dépenses d'insertion en 2004 (en euros) ³	5 575 211	5 169 281	8 322 701	12 514 790	7 895 496
Dépenses d'insertion par allocataire en 2004 (estimation) ³	744	674	680	761	715
Évolution des dépenses d'insertion entre 2003 et 2004 (estimation) ³	3,9 %	8,2 %	-1,7 %	11,2 %	5,4 %
Dépenses d'insertion 2004 / dépenses d'allocation 2003 (estimation) ³	18,6 %	16,8 %	17,0 %	19,1 %	17,9 %

1. Taux de chômage : taux de chômage au sens du BIT, corrigé des variations saisonnières (source : INSEE).

2. CNAF et CCMSA.

3. Dépenses d'insertion : source DREES, enquête sur les dépenses d'aide sociale des départements en 2004.

Dépenses d'allocation : source Commission consultative sur l'évaluation des charges (CCEC).

Assiettes fiscales et produits fiscaux : données relatives aux quatre impôts directs locaux (source : Direction générale des impôts).

Lecture : le taux de chômage moyen pour les 25 % des départements ayant les assiettes fiscales par habitant les plus faibles (premier quartile Q1), atteint 9,4 %, contre 9,6 % en moyenne nationale.

Champ : France métropolitaine.

Source : calculs DREES.

4. Avec la décentralisation du RMI, cette prestation est devenue désormais le principal poste de dépenses « nettes » des départements en 2004, représentant 30 % du total des dépenses d'aide sociale (RMI, enfance, personnes âgées et personnes handicapées) contre 6 % en 2003 (Mauguin, 2005).

côté des dépenses. Du côté des recettes, les départements peuvent, dans des limites fixées par la loi, librement voter les taux d'imposition à appliquer à la matière imposable. Du côté des dépenses, le montant de l'allocation et les critères d'attribution du RMI restent fixés au niveau national. En revanche, les départements ont désormais davantage de latitude sur le volet insertion du dispositif, qu'ils copilotaient depuis 1988 avec l'État mais qu'ils animent désormais seuls. En 2004, ils étaient cependant toujours contraints par la loi de respecter un seuil minimum de 17 % des dépenses d'allocation de l'année précédente. En retenant une définition extensive des dépenses d'insertion déclarées par les départements (dépenses de personnels et de structures comprises), la moyenne nationale dépassait en 2004 le seuil légal (17,9 %). C'étaient les départements classés dans les deux groupes extrêmes de niveau de richesse (Q1 et Q4) qui avaient engagé l'effort financier le plus sensible.

C'est pour les départements les moins riches que l'ensemble des dépenses liées au RMI et au CI-RMA pesait le plus, rapporté aux produits fiscaux (35,3 %

contre 31,1 % en moyenne nationale et 28,7 % pour les départements les plus riches). Les ressources financières transférées par l'État au titre de l'année 2004 ont compensé les disparités de l'évolution du nombre d'allocataires entre départements au cours de l'année, du fait de l'abondement exceptionnel prévu par la loi de Finances pour 2005. Cependant, cet abondement a été versé à la fin de l'année 2005 : au moment de l'enquête, les départements avaient donc seulement reçu la partie de la compensation correspondant aux dépenses d'allocation du RMI de 2003.

Une typologie des départements selon les modes d'organisation retenus au début de l'année 2005

Pour compléter les analyses menées ci-dessus, nous proposons ici une typologie des modalités d'organisation retenues par les départements pour la mise en œuvre du dispositif RMI un an après sa décentralisation. Résultant d'un traitement statis-

ENCADRÉ 4 ●

LES DISPARITÉS DÉPARTEMENTALES DE RICHESSE

Les assiettes de la fiscalité directe sont les bases sur lesquelles sont calculées les parts départementales des quatre impôts suivants : taxe d'habitation, taxe professionnelle, taxe foncière sur les propriétés bâties et taxe foncière sur les propriétés non bâties. Elles représentent un indicateur indirect des marges de manœuvre financières du conseil général et donnent une mesure du potentiel de richesse du département. Les départements peuvent cependant agir, dans une certaine mesure, sur les taux d'imposition appliqués à ces assiettes, d'où une distribution différente des ressources fiscales effectives. Cependant, assiettes fiscales et ressources fiscales effectives (aussi appelées produits de la fiscalité directe locale) sont fortement corrélées.

D'autres mesures de la richesse existent, parmi lesquelles le produit intérieur brut (PIB ou PIB/habitant), qui évalue la valeur ajoutée produite par les entreprises situées sur le territoire du département. La richesse relative des habitants peut être approchée par le revenu moyen imposable par foyer fiscal, ou encore la proportion de foyers non imposables.

Coefficients de corrélation entre les assiettes départementales des quatre taxes en 2004 et différents indicateurs de richesse

Produit intérieur brut (INSEE, 2000)	0,97
Produit intérieur brut par habitant (INSEE, 2000)	0,82
Proportion de foyers non imposables à l'impôt sur le revenu (DGI, 2004)	-0,65
Revenu fiscal moyen par habitant (DGI, 2004)	0,7
Produits des quatre taxes (DGI, 2004)	0,95
Produits des quatre taxes par habitant (DGI, 2004)	0,48
Assiettes des quatre taxes par habitant	0,77

Assiettes fiscales, produits fiscaux et PIB dessinent une carte relativement stable de la richesse départementale. L'importance démographique et le caractère urbain caractérisent les départements les plus riches. Les départements d'Île-de-France, ceux situés dans le sud-est de la France, en Alsace et en Normandie ont les assiettes fiscales les plus élevées, même rapportées au nombre d'habitants. Se démarquent de cette relation entre importance démographique et richesse du territoire les départements du Nord - Pas-de-Calais, qui font partie des départements ayant les assiettes fiscales par habitant les plus faibles (Q1) mais aussi de ceux dont les assiettes fiscales totales sont les plus élevées (Q4).

tique, cette classification établit un regroupement en six formes d'organisation des départements ayant répondu à l'enquête (carte 3). Dans un premier temps, nous avons assemblé dans une même classe des départements dont les choix d'organisation (conventions passées avec les partenaires, réorganisation, recrutements, renouvellement des commissions départementales d'insertion, etc.) semblaient assez similaires au début de l'année 2005. Nous avons ensuite tenté de rapprocher ces regroupements des informations relatives à la situation économique et sociale des départements concernés.

Les différents choix opérés en matière d'organisation par les conseils généraux n'étaient au moment de l'enquête pas systématiquement liés à leur situation au regard du RMI, à leurs ressources fiscales, ou encore à leur niveau de dépenses d'insertion par allocataire. Chaque classe comporte ainsi au moins un département où la part de la population couverte par le RMI est supérieure ou égale à 5 %, et au moins un département dans lequel elle est inférieure ou égale à 2,2 % (la moyenne de l'ensemble des répondants étant de 3,2 %).

Type 1 •

Des départements ayant mené de front formalisation des partenariats et réorganisations internes

Cette classe regroupe 27 % des répondants. Elle comprend en majorité des départements situés aux extrémités est, sud, ouest et nord du territoire français, mais également deux départements de la région Centre, ainsi que les Yvelines. Plusieurs sont voisins et/ou appartiennent à la même région administrative. Il s'agit en majorité de départements ruraux, ou avec d'importantes zones rurales.

Ces départements se caractérisent notamment par la conclusion de conventions de partenariat avec la CAF, la CMSA et l'ANPE. Ils étaient donc début 2005 relativement plus avancés dans la formalisation de leurs partenariats que la moyenne ; cependant l'AFFPA était exclue de cette démarche. Les départements de ce groupe étaient par ailleurs les plus avancés dans la mise en œuvre du CI-RMA au moment de l'enquête, puisque 70 % d'entre eux l'avaient mis en place, contre 56,8 % pour l'ensemble des répondants.

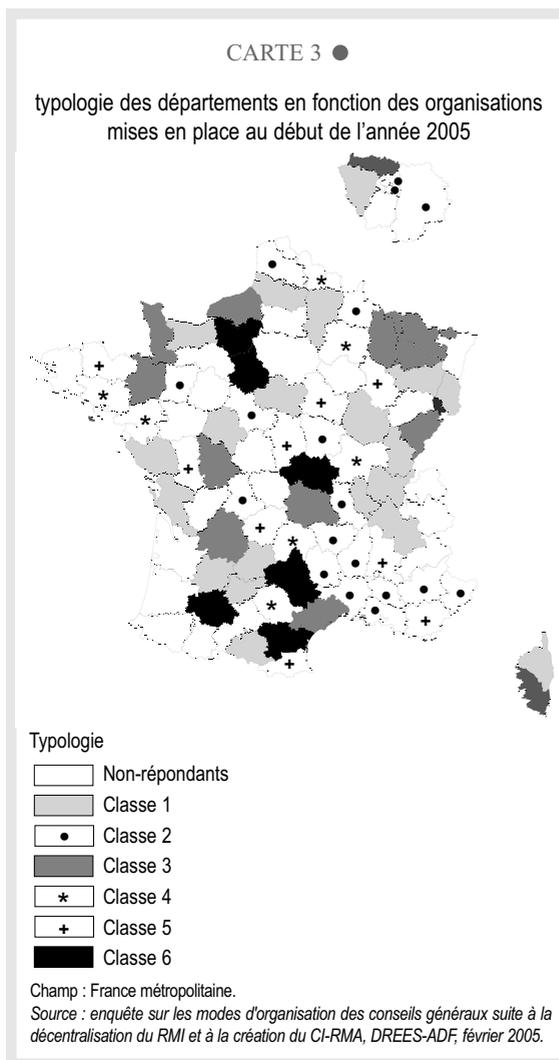
Les départements de cette classe sont en outre ceux qui ont le plus déclaré s'être réorganisés au moment de l'enquête. Cependant, ils n'avaient à cette date pas modifié leur système d'information suite à la décentralisation du RMI. Ils n'ont pas non plus eu davantage que la moyenne recours à des recrutements de personnel. Il s'agit également des départements qui ont, plus tôt que les autres, réuni le

Conseil départemental d'insertion et renouvelé ses membres. Dans ce groupe, les dépenses d'insertion en 2004 sont en moyenne inférieures à celles de la moyenne nationale ; cependant, le montant moyen de ces dépenses rapporté au nombre d'allocataires y est nettement supérieur, et c'est dans cette classe que l'augmentation des dépenses d'insertion entre 2003 et 2004 a été la plus forte (deux fois plus que la moyenne nationale).

Type 2 •

Des départements ayant engagé en priorité des modifications internes, recruté et amélioré leurs systèmes d'information

Cette classe regroupe 24 % des répondants. La moitié des départements de ce groupe est située en Provence-Alpes-Côte d'Azur, Rhône-Alpes, Languedoc-Roussillon et Auvergne. Les autres départements appartiennent à l'Île-de-France, au centre et au nord du territoire. Les départements de cette classe sont



en moyenne les plus urbains et ceux dont le nombre moyen d'allocataires et la part de la population couverte par le RMI sont les plus élevés. Il s'agit par ailleurs du groupe qui dispose en moyenne des produits de la fiscalité départementale directe les plus élevés. À l'instar de ceux du type 1, les départements de cette classe avaient achevé leur processus de réorganisation interne au moment de l'enquête. Ils ont en outre recruté du personnel depuis la décentralisation et engagé des améliorations des systèmes d'information début 2005.

Ces départements sont en revanche moins avancés dans la formalisation de leurs relations avec les partenaires externes : ainsi le conventionnement est en cours, mais non conclu, avec la CAF, la CMSA et l'ANPE. Il s'agit par ailleurs du groupe le moins avancé dans la mise en place du CI-RMA (38,9 % l'ont mis en place).

Ce groupe est aussi celui qui a le montant moyen de dépenses d'insertion le plus élevé en 2004, ce qui est logique s'agissant de départements ayant un nombre élevé d'allocataires, donc des dépenses d'allocation particulièrement hautes. En termes de montant moyen de dépenses d'insertion par allocataire, le groupe 2 se situe en revanche légèrement en dessous de la moyenne des répondants. La progression moyenne des dépenses d'insertion entre 2003 et 2004 est proche de la moyenne nationale.

Type 3 •

Des départements ayant en priorité mené à bien des conventions de partenariat

Cette classe comprend 15 % des départements répondants. Le taux d'urbanisation y est inférieur à la moyenne nationale et proche de celui de la classe 1. On y retrouve notamment, à l'est de la France, trois départements de Lorraine et un de Franche Comté ; à l'ouest, cinq départements situés en Bretagne, Normandie, Poitou-Charentes et Aquitaine.

La part de la population couverte y est proche de la moyenne nationale, mais le taux d'évolution du nombre d'allocataires en 2004 y est le plus élevé. En ce qui concerne les ressources de la fiscalité directe locale, cette classe se distingue par un niveau élevé des assiettes fiscales par habitant et du montant total moyen des assiettes fiscales (le plus élevé des six groupes en 2004).

La principale caractéristique de ce groupe porte sur les relations externes. La formalisation des partenariats est achevée avec la CAF, la CMSA, l'ANPE mais aussi l'AFPA. En revanche, le CDI n'avait pas été réunie à la date de l'enquête, et ses membres n'avaient pas été renouvelés.

Les dépenses d'insertion des départements de ce groupe étaient en 2004 légèrement supérieures à la moyenne nationale ; en revanche, ce groupe est celui qui enregistre le plus faible montant de dépenses d'insertion par allocataire.

Type 4 •

Des départements avancés dans la négociation avec les partenaires du service public de l'emploi et la mise en place du CI-RMA, mais qui n'ont pas privilégié les réorganisations internes

Cette classe comprend 12 % des départements répondants. Ils sont disséminés au nord, à l'ouest et au sud du territoire métropolitain – chacun des départements étant situé dans une région différente.

Le groupe 4 comprend majoritairement des départements urbains, de taille significative mais ne disposant pas des marges de manœuvre financières les plus fortes : s'il s'agit du groupe dont les assiettes fiscales sont les plus élevées, ces assiettes, rapportées au nombre d'habitants, sont inférieures à la moyenne nationale. Ces départements comptent un nombre moyen d'allocataires du RMI élevé, mais ont connu l'évolution la plus modérée des six groupes entre fin 2003 et fin 2004. Cette classe se situe en revanche dans la moyenne nationale pour ce qui concerne le poids relatif du RMI dans la population.

Ces départements déclarent ne pas s'être réorganisés entre le début 2004 et le printemps 2005. Ils n'ont pas non plus recruté de personnel extérieur ni renforcé leur politique de contrôles.

En revanche, il s'agit du groupe de départements les plus actifs pour ce qui concerne le conventionnement avec l'ANPE et l'AFPA. Ils sont aussi nombreux à avoir mis en place le CI-RMA début 2005 (67 %).

Enfin, les dépenses d'insertion ainsi que le montant de ces dépenses par allocataire en 2004 étaient nettement supérieures à la moyenne, et c'est dans ce groupe que les dépenses d'insertion pèsent le plus par rapport aux produits de la fiscalité directe locale (5,2 %). Cependant, l'évolution entre 2003 et 2004 des dépenses d'insertion y a été moins forte que la moyenne.

Type 5 •

Des départements surtout actifs dans le conventionnement avec le service public de l'emploi et le renouvellement de leur CDI

Cette classe comprend 13 % des départements répondants. Ils sont, comme ceux de la classe 4, répartis chacun dans une région différente du centre,

du sud, de l'ouest et du nord de la France. Il s'agit majoritairement de départements ruraux de petite taille, à l'exception du Var. Ces départements se situent dans la moyenne nationale pour ce qui concerne l'importance et l'évolution du RMI sur leur territoire ; en revanche, ils disposaient en 2004 de produits fiscaux nettement inférieurs à la moyenne.

Ces départements ne se distinguaient pas par les réorganisations internes. En revanche, ils se caractérisent dans leurs relations avec les partenaires par un comportement de conventionnement actif avec le service public de l'emploi (ANPE et AFPA). Autre caractéristique, le renouvellement de la composition de le CDI est *en cours*.

Les départements du groupe 5 se situent dans la moyenne nationale pour ce qui concerne les dépenses moyennes d'insertion par allocataire, le poids de ces dépenses rapporté aux produits fiscaux et l'évolution des dépenses d'insertion entre 2003 et 2004.

Type 6 •

Des départements où les réorganisations ont été envisagées plus tardivement

Cette classe regroupe 8 % des départements répondants. Il s'agit de départements ruraux de l'ouest et du sud de la France, relativement peu peuplés. Ces départements enregistraient le plus faible nombre moyen

d'allocataires du RMI des six groupes ; ils se situent en revanche dans la moyenne nationale pour ce qui concerne la proportion de la population couverte par le RMI et l'évolution du nombre de foyers bénéficiaires en 2004. Ils disposent des ressources fiscales, potentielles (les bases, qu'elles soient ou non rapportées à la population) et réelles (les produits), les plus limitées des six groupes.

Ces départements semblent avoir privilégié la continuité et pris un certain temps d'attente au cours des premiers mois de la décentralisation. Du côté des changements internes, ce groupe se caractérise en effet par des réorganisations en cours, l'absence d'évolution de leur système d'information et l'absence de politique renforcée de contrôles. De même, les relations externes ne sont pas stabilisées au moment de l'enquête – le conventionnement avec la CNAF est en cours ; il n'est pas engagé pour ce qui concerne l'AFPA ; le renouvellement des membres de leur CDI est également en cours.

Les dépenses d'insertion de ce groupe étaient en 2004 les plus faibles des six classes. Il s'agit en outre de la seule classe pour laquelle le montant de ces dépenses a, légèrement, diminué entre 2003 et 2004. En outre, les dépenses d'insertion représentent une part des produits fiscaux plus faible que pour les autres (3,9 % contre 4,6 % en moyenne). Cependant, le montant moyen des dépenses d'insertion par allocataire y était le plus élevé en 2004. ■

POUR EN SAVOIR PLUS

- Avenel M., avec le concours de l'ADF, 2005, « Les modes d'organisation adoptés par les conseils généraux pour la gestion du RMI suite à la décentralisation », Études et Résultats, n°432, octobre, DREES.
- Jacobzone S., 1999, « Les liens entre RMI et chômage, une mise en perspective », Économie et Prévision, n°122, Ministère de l'Économie et des Finances.
- Lorgnet J.-P., Mahieu R., Nicolas M., Thibault F., 2005, « Le revenu minimum d'insertion avant la décentralisation », Recherches et Prévisions, n°79, mars, CNAF.
- Lorgnet J.-P., Mahieu R., Nicolas M., Thibault F., 2004, « RMI : ancienneté dans le dispositif et cumul avec une activité rémunérée », l'E-ssentiel, n°21, janvier, CNAF.
- Mauguin J., 2005, « Les dépenses d'aide sociale départementale en 2004 », Études et Résultats, n°453, décembre, DREES.