

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap avant et après 60 ans

Anne Penneau
Sylvain Pichetti
Maude Espagnacq
Irdes

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap avant et après 60 ans

Anne Penneau
Sylvain Pichetti
Maude Espagnacq
Irdes

ISBN papier : 978-2-87812-499-6
ISBN PDF : 978-2-87812-500-9

Les reproductions de textes, graphiques ou tableaux sont autorisées
à condition de mentionner la source et le(s) auteur(s).

Sommaire

Introduction.....	5
1. Les systèmes de « compensation » en France et les questions de la « barrière d'âge ».....	9
1.1. Pensions d'invalidité, rentes d'incapacité et AAH compensent une incapacité à réaliser une activité professionnelle.....	11
1.2. Quel impact du passage à la retraite pour la perception des allocations compensant une incapacité à réaliser une activité professionnelle ?	11
1.3. Les allocations compensant un besoin d'aide pour réaliser les activités de la vie quotidienne.....	14
1.3.1. L'Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)	14
1.3.2. La Prestation de compensation du handicap (PCH)	14
1.3.3. L'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa)	15
1.4. Quel impact du passage à la retraite pour les allocations compensant un besoin d'aide pour réaliser les activités de la vie quotidienne ?	16
2. Données, outils et méthodes	19
2.1. L'enquête Handicap-Santé Ménages	19
2.1.1. Méthode d'échantillonnage et appariement	19
2.1.2. Approches conceptuelles du handicap et de la dépendance	21
2.1.3. Identification des populations d'intérêt dans l'enquête HSM	21
2.1.4. Définition des postes de dépenses et de restes à charge.....	22
2.2. Outils d'analyses	22
2.2.1. Typologie du recours à l'aide humaine	23
2.2.2. Typologie des consommations de soins	27
2.3. Méthodes statistiques	31
3. Résultats.....	33
3.1. Caractéristiques et consommation de soins des personnes handicapées reconnues inaptes au travail.....	33
3.1.1. Caractéristiques socio-économiques, limitations fonctionnelles et recours à l'aide humaine.....	33
3.1.2. Niveaux et structures de dépenses de santé et de restes à charge.....	35
3.1.3. Profils de consommation et postes de dépenses	39
3.2. Caractéristiques et consommation de soins des personnes qui recourent à de l'aide humaine avant et après 60 ans.....	41
3.2.1. Caractéristiques des personnes recourant à l'aide humaine avant et après 60 ans.....	41
3.2.2. Caractéristiques des bénéficiaires de l'ACTP-PCH et de l'Apa	46

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Sommaire

Irdes septembre 2019

3.2.3. Niveaux et structures de dépenses de santé et de restes à charge.....	48
3.2.4. Profils de consommation et postes de dépenses.....	57
3.2.5. Consommation de soins des bénéficiaires de l'ACTP-PCH et de l'Apa	59

4. Discussion des résultats et enseignements de l'étude61

Bibliographie 67

Annexes..... 71

Annexe 1.

Algorithmes d'identification des populations dans l'enquête HSM71

La pension d'invalidité	71
La pension militaire d'invalidité	72
La rente d'incapacité	73
L'AAH	74
L'ACTP ou la PCH	74
L'Allocation personnalisée d'autonomie	75
Les limitations fonctionnelles	75

Annexe 2.

Description des prestations de compensation de handicap en France.....77

Les allocations compensant une incapacité à réaliser une activité professionnelle	77
La pension d'invalidité et l'Allocation supplémentaire d'invalidité (Asi)	77
La rente d'incapacité du travail	79
L'Allocation aux adultes handicapés (AAH) et ses compléments	80
Quel impact du passage à la retraite pour les allocations compensant une incapacité de travailler	81

Annexe 3.

Résultats par postes de dépenses 85

Médecins généralistes	87
Médecins spécialistes	92
Pharmacie	97
Actes médicaux infirmiers.....	102
Actes infirmiers de soins	107
Kinésithérapie.....	111
Optique	116
Prothèses dentaires	120
Autres prothèses et orthèses	124
Appareils et matériels pour traitements	129
Biologie	133
Transports.....	138
Hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)	142
Hospitalisation en Soins de suite et de réadaptation (SSR).....	146
Hospitalisation psychiatrique	150
Traitements et cures ambulatoires.....	153

Liste des tableaux..... 157

Liste des schémas et graphiques.....163

Introduction

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

Certains coûts directs sont spécifiques au besoin de compensation. La personne peut avoir besoin d'une aide humaine et/ou d'une aide technique dont l'ampleur est évidemment très variable selon la lourdeur de la situation (Abrossimov et Chérèque, 2014). Le recours à l'aide humaine peut être circonscrit à des postes très ciblés (faire les courses, faire les tâches ménagères) ou au contraire étendu à l'ensemble des activités de la vie quotidienne de la personne, ce qui peut donc occasionner des dépenses très variables mais possiblement très importantes. Les aides techniques (dispositifs médicaux, dont fauteuils roulants, ...) peuvent engendrer également des coûts ponctuels très élevés pour les personnes. Certaines limitations conduisent à des aménagements du logement et/ou du véhicule qui peuvent également conduire à des dépenses très importantes pour les personnes concernées. De plus, certaines dépenses peu élevées mais régulières ne doivent pas être oubliées car, à terme, il s'agit de dépenses lourdes (c'est le cas des piles pour les appareils auditifs ou les protections absorbantes, par exemple). Toutes ces dépenses correspondent à des besoins à financer quel que soit l'âge de la personne, qu'elle soit handicapée ou âgée dépendante.

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

En même temps qu'elles doivent endosser des dépenses spécifiques au handicap (recours à l'aide humaine, aux aides techniques, aménagement du logement) ainsi que des dépenses de santé plus élevées, les personnes en situation de handicap ont également un moins bon accès à l'emploi et un plus fort taux de chômage en comparaison des personnes sans handicap (Pumkam, Probst *et al.*, 2013 ; Baert, 2014 ; Espagnacq, 2015 ; Gettens, Hoffman

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Introduction

Irdes septembre 2019

et al., 2016). Et ce que cette situation s'explique par une incapacité définitive de travailler après la survenue du handicap ou par une capacité de travailler nettement amoindrie liée à des absences prolongées du poste de travail (hospitalisations longues,...) [Gabbe, Sloney *et al.*, 2014]. En France, on estime que la proportion de personnes en emploi parmi les personnes handicapées est presque deux fois plus faible que celle de la population totale (Abrossimov et Chérèque 2014). Fin 2013, seules 41 % des entreprises atteignent le taux obligatoire d'emploi des personnes en situation de handicap de 6 % (Abrossimov et Chérèque, 2014). Cet accès rendu plus difficile à des emplois qui sont, de surcroît, moins rémunérateurs pèse sur les revenus des personnes handicapées. Cette perte de revenus liée au handicap n'est pas toujours circonscrite à la personne handicapée mais peut affecter l'ensemble du ménage dès lors qu'un proche décide de devenir aidant de la personne handicapée (Ghandour, Hirai *et al.*, 2014).

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

Dans l'ensemble des dépenses endossées par les personnes handicapées, les dépenses de santé représentent une large proportion : aux Etats-Unis, en 2008, les dépenses de santé représentent 47 % de l'ensemble des dépenses liées au handicap pour les personnes handicapées en âge de travailler (Pumkam, Probst *et al.*, 2013).

Les personnes dépendantes, qui ne peuvent accomplir sans aide les actes essentiels de la vie quotidienne (Weber, 2011), encourent elles aussi des sur-dépenses qui, d'après la typologie du rapport Fragonard (2011), peuvent être classées dans trois catégories : les dépenses liées à la perte d'autonomie (dépendance *stricto sensu*), la consommation de soins médicaux supérieure à celle des personnes non dépendantes de même âge et un renchérissement de l'hébergement. Sur une dépense liée à la dépendance évaluée au niveau macro-économique à 34 Milliards d'euros, la consommation de soins compte pour une partie importante (42 % de l'ensemble) [Fragonard, 2011].

Que l'on considère les dépenses liées au handicap ou celles qui sont attachées à la dépendance, les dépenses de santé pèsent donc pour une lourde part dans un agrégat comme dans l'autre. Par ailleurs, si on parvient à évaluer les grandes masses financières au niveau macro-économique pour chaque catégorie de postes, les seules dépenses pour lesquelles on dispose d'une visibilité au niveau individuel sont les dépenses de santé, même si la partie prise en charge par la couverture complémentaire continue d'échapper à l'observation. Ces raisons expliquent que nous ayons choisi dans ce rapport de concentrer notre analyse sur les dépenses de santé et les restes à charge après intervention de l'Assurance maladie obligatoire.

En France, au cours des dix dernières années, le débat public sur les dépenses et restes à charge des personnes handicapées s'est principalement cristallisé autour de la problématique de la barrière d'âge de 60 ans, qui a donné lieu à publication de très nombreux rapports et prises de positions publiques (Bonnet, 2004 ; Blanc, 2006 ; Weber, 2011 ; Gohet, 2013 ; Imbert, 2013). Ce débat sur la barrière d'âge a principalement trouvé son origine dans les revendications portées par certaines associations de personnes handicapées ainsi que dans l'absence de suite donnée à l'article 13 de la loi du 11 février 2005 qui stipulait que « dans un délai maximum de cinq ans, les dispositions de la présente loi opérant une distinction entre les personnes handicapées en fonction de critères d'âge en matière de compensation du han-

dicap et de prise en charge des frais d'hébergement en établissements sociaux et médico-sociaux seront supprimées ». Or, l'article qui prévoyait la suppression de ce seuil de 60 ans n'a jamais été appliqué (Weber, 2011). Le discours commun porté par un certain nombre de ces publications autour de la barrière d'âge est que la définition des droits pour les personnes handicapées peut différer pour les personnes selon qu'elles sont âgées de moins ou de plus de 60 ans. Cette barrière d'âge de 60 ans est susceptible d'occasionner des interruptions de droit et des discontinuités de prises en charge préjudiciables pour les personnes qui en sont victimes. Pour les personnes handicapées hébergées en institution, il existe en effet un vrai impact de la barrière d'âge de 60 ans : le reste à charge des personnes jeunes et adultes hébergées en établissement médico-social est nul, sauf exception, l'ensemble des dépenses étant pris en charge par la sécurité sociale et l'aide sociale (Weber, 2011) tandis que le reste à charge des personnes hébergées en Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) [qui correspond aux frais d'hébergement] est en moyenne plus élevé que la moyenne de leurs ressources, jusqu'à deux fois plus élevé pour les femmes retraitées et trois fois plus pour les titulaires du minimum vieillesse (Weber, 2011).

En ce qui concerne les personnes handicapées qui restent à domicile avant et après 60 ans, les rapports portant sur le sujet prennent rarement le temps de bien décrire la problématique de la barrière d'âge en précisant la population de personnes handicapées à laquelle elle s'applique. Il résulte de cette littérature une confusion issue d'une description qui amalgame souvent des populations diverses – populations handicapées vieillissantes et personnes devenues handicapées après 60 ans et les personnes âgées devenues dépendantes – et qui ne prend pas le temps de bien décrire les enjeux du débat pour chaque population.

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

Pour faire progresser radicalement le débat sur la barrière d'âge, il conviendrait de pouvoir bien identifier les besoins et les recours, et ce pour tout type d'aide (aide humaine, aide technique, ...), ce que les enquêtes actuellement disponibles ne permettent pas de faire de façon précise. Il conviendrait également d'avoir une parfaite visibilité sur les restes à charge pour tous les types d'aide ainsi que sur les circuits de prise en charge par les financeurs qui est loin d'être assurée avec les données dont on dispose. En effet, les chercheurs qui s'intéressent aux dépenses et restes à charge des personnes handicapées et dépendantes¹ ne peuvent actuellement compter que sur les données de l'enquête Handicap-Santé Ménages (HSM) appariée aux données de l'Assurance maladie. L'assurance maladie obligatoire intervient en première ligne dans le remboursement des soins des personnes en situation de handicap, mais ces données ne portent que sur le premier étage d'un dispositif de remboursement qui peut en comporter plusieurs. La PCH peut potentiellement intervenir en deuxième ligne pour augmenter le remboursement octroyé par l'assurance maladie obligatoire, mais cette intervention n'est pas systématique : seulement dans le cas où l'arrêté du 28 décembre 2005 fixant les tarifs des éléments de la PCH propose des montants de remboursement supérieurs à ceux de la Sécurité sociale. Espagnacq (2012) donne un exemple dans lequel la

¹ Les chercheurs intéressés par l'étude des seules personnes âgées de 60 ans et plus, dépendantes ou non, peuvent désormais compter sur l'enquête CARE (2015), mais pour les personnes handicapées âgées de moins de 60 ans, aucune source n'est plus actualisée que l'enquête HSM de 2008.

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Introduction

Irdes septembre 2019

PCH n'intervient pas : « Un fauteuil roulant non réversible non inclinable est remboursé à hauteur de 394,60 euros pour la Sécurité sociale ; pour ce fauteuil, la PCH n'intervient pas, car le montant du remboursement est le même dans l'arrêté du 28 décembre 2005 » (Espagnacq, 2012). La PCH peut par ailleurs intervenir pour financer des aides qui ne sont pas remboursées par la Sécurité sociale, telles les aides à la mobilité personnelle (cyclomoteur) ou à la communication (tourne page...). Dans ce cas, la PCH contribue, là aussi, à faire baisser le reste à charge des personnes qui en sont bénéficiaires, mais les données disponibles ne permettent pas non plus de suivre les dépenses prises en charge à ce titre. A ce deuxième étage de prise en charge par la PCH peut s'en ajouter un troisième qui échappe également à la connaissance statistique : les fonds de compensation départementaux ont également pour finalité de limiter le reste à charge sur l'acquisition des aides techniques. Par ailleurs, et c'est une dernière limite qui pèse sur les restes à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire, ils ne renseignent que de façon très imparfaite sur les sommes qui pèsent finalement sur l'assuré, après intervention de la couverture complémentaire, qui n'est pas non plus identifiée. Certains postes de reste à charge sont bien couverts par les organismes complémentaires – c'est par exemple le cas des dépenses de pharmacie – tandis que d'autres postes le sont moins (dispositifs médicaux).

Dans l'attente des données d'enquête prochainement produites (enquête Phèdre) qui permettront de faire la lumière sur l'ensemble des restes à charge liés au recours à l'aide pour la population spécifique des bénéficiaires de la PCH (252 400 personnes bénéficient de la PCH en France en 2014, soit une population restreinte si on la met en perspective avec les 1 250 000 bénéficiaires de l'Apa en 2014 (Sécurité sociale, 2016)), nous proposons, dans ce rapport, de faire progresser la connaissance de certaines populations de personnes handicapées avant et après 60 ans en nous restreignant à l'analyse de leurs dépenses de santé et restes à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire. L'objectif est d'évaluer si, sur ce périmètre pour lequel on dispose d'une bonne connaissance statistique, les populations sont comparables ou non.

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

1. Les systèmes de « compensation » en France et les questions de la « barrière d'âge »

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

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

La compensation du revenu lié au handicap repose sur deux logiques – une logique d'assurance et une autre d'assistance – très différentes tant dans leur philosophie que par les acteurs qui les portent. Les programmes d'assurance sociale mis en place à la fin du XIX^e siècle poursuivaient déjà un objectif de garantir « des moyens convenables d'existence en cas de réduction ou de suppression de la capacité de gains » (Aballea et Marie, 2012). La logique assurantielle qui est à l'œuvre dans la compensation de la perte de revenus des personnes handicapées est l'héritière de cette philosophie. Le programme de sécurité sociale créé en 1945 ne déroge pas à l'objectif de « garantir une sécurité économique en cas d'incapacité de travail et de gain » (Aballea et Marie, 2012). Cette compensation financière de la perte de revenu inhérente au handicap se matérialise par deux allocations – la pension d'invalidité et la rente d'incapacité – toutes deux versées par la Sécurité sociale. Pour les bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'une pension d'invalidité, la Majoration pour tierce personne (MTP) peut également être accordée pour financer l'aide humaine afin de réaliser les activités de la vie quotidienne. A cette logique d'assurance du revenu s'oppose une logique d'assistance qui vise des personnes dont l'état de santé et le handicap les privent de gain. L'assistance portée par l'Etat et les collectivités territoriales se traduit par l'assurance d'un revenu minimum qui se décline sous deux formes : l'un, spécifique aux personnes handicapées, est l'Allocation Adulte handicapé (AAH) et, l'autre, spécifique à la retraite est l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa). En outre, selon les configurations familiales, une personne handicapée peut avoir plus de ressources si elle demande le bénéfice du Revenu de solidarité active (RSA) plutôt que l'AAH.

La Sécurité sociale intervient également pour les personnes handicapées comme pour les assurés de droit commun pour la prise en charge des dépenses de santé (médecine ambulatoire, pharmacie, hôpital, dispositifs médicaux,...) moyennant le versement d'un ticket modérateur. Seuls les bénéficiaires d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité supérieure à 66 % bénéficient de la prise en charge de ce ticket modérateur (dans la limite des tarifs remboursables par les régimes de base de l'assurance maladie, *i.e.* hors dépassements) par la Sécurité sociale. Les autres personnes handicapées, bénéficiant ou non d'une autre reconnaissance administrative de handicap (ACTP/PCH), doivent acquitter ce ticket

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Les systèmes de « compensation » en France et les questions de la « barrière d'âge »

Irdes septembre 2019

modérateur à moins d'être admises en Affection de longue durée (ALD), un dispositif de prise en charge des malades chroniques. Dans ce cas, la prise en charge des dépenses de santé à 100 % se borne au périmètre strict de la maladie exonérante (Hcaam, 2011). Cette prise en charge de l'assurance maladie obligatoire des assurés est désormais parfaitement observable dans les données du Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (Sniiram). Les organismes de couverture complémentaire complètent ce premier étage de la prise en charge des dépenses de santé en prenant à leur charge le ticket modérateur et les éventuels dépassements. Mais les remboursements qu'ils effectuent aux assurés ne remontent pas pour l'instant dans les bases de données, rendant incomplète la visibilité sur les restes à charge des ménages après intervention des organismes de couverture complémentaire. La compensation peut également porter sur les besoins d'aides humaine et matérielle par le biais de la PCH et de l'Apa. Ces deux dispositifs ne poursuivent pas les mêmes finalités : l'Apa à domicile a pour objectif d'aider à « payer les dépenses nécessaires pour rester vivre à domicile malgré le manque d'autonomie de la personne » alors que la PCH est une « aide personnalisée permettant la prise en charge de dépenses liées au handicap ». La PCH permet de financer principalement de l'aide humaine, de l'aide technique, des aménagements du logement ou du véhicule. Pour autant, près de 95 % des dépenses de la PCH sont liées au financement de l'aide humaine (Espagnacq, 2013). l'Apa finance de l'aide humaine, de l'aide technique. Elle prend en charge les activités de la vie domestique (dont le ménage), ce que ne fait pas la PCH. La PCH offre le choix de financer un aidant professionnel ou de dédommager un aidant familial : les deux tiers des heures payées le sont au titre de dédommagements d'aidants familiaux (Espagnacq, 2013). l'Apa a pour objectif de permettre à une personne vivant seule de rester chez elle, ou de compléter l'aide fournie par un aidant familial en finançant des aidants professionnels². l'Apa introduit une véritable barrière d'âge car elle ne peut être perçue avant l'âge de 60 ans. En revanche, une personne qui percevait la PCH avant 60 ans peut continuer à la percevoir après. La PCH peut aussi être obtenue après l'âge de 60 ans si l'assuré prouve qu'il était éligible à la prestation avant cet âge et s'il en fait la demande avant 75 ans. Si l'assuré était en activité professionnelle au moment où son droit à la PCH peut s'ouvrir, il peut la percevoir après 60 ans (Joseph-Jeanneney, Laloue *et al.*, 2011).

Quel que soit l'âge, si le handicap est la conséquence d'un accident causé par un tiers responsable – cas de figure moins fréquent –, la victime bénéficiera d'une indemnisation par l'assurance pour les préjudices subis. Que ces derniers soient patrimoniaux (dépenses de santé actuelles consécutives à l'accident et dépenses futures, frais de logement adapté et frais de véhicule adapté, assistance par tierce personne, perte de gains professionnels actuels et futurs, incidence professionnelle, préjudice scolaire, universitaire ou de formation) ou extra-patrimoniaux (déficit fonctionnel permanent, préjudice d'agrément dû à l'impossibilité de continuer à pratiquer des activités de loisirs qui étaient régulières avant l'accident, préjudice esthétique permanent, préjudice sexuel, préjudice d'établissement, c'est-à-dire perte d'espoir et de chance de réaliser un projet de vie familiale en raison de la gravité du handicap, préjudices permanents exceptionnels) [Fédération française de l'Assurance]. La compensation s'effectue alors en une seule fois pour tous les préjudices subis et elle est généralement le fait d'un seul intervenant, la société d'assurance. Toutefois, la procédure de compensation pouvant prendre des années avant d'aboutir, les personnes peuvent également être amenées à entamer les démarches auprès d'organismes comme Solidaires pour l'habitat (SoliHa), Agéfiph, etc.

Dans ce rapport, nous n'aborderons pas tous les dispositifs de compensation du handicap : En premier lieu, nous étudions les dispositifs visant à compenser une incapacité à

² En dehors du conjoint, il est possible d'employer un membre de sa famille.

réaliser une activité professionnelle et, en second lieu, les dispositifs visant à compenser un besoin d'aide pour réaliser les activités de la vie quotidienne.

Pour une description détaillée de chacun des dispositifs de compensation étudiés ici, le lecteur pourra se reporter à l'annexe A1 jointe en fin de document.

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

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

L'AAH est en revanche un minimum social qui vise à assurer un revenu pour les personnes en situation de handicap qui ont plus de 20 ans. Elle est versée par la Caisse d'allocations familiales (Caf) en fonction des revenus de la famille du demandeur (conjoint et enfants).

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

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

De très nombreux rapports présentent la « barrière d'âge de 60 ans » comme le moment d'un basculement entre un champ de prise en charge – celui du handicap prétendument plus généreux – vers celui de la dépendance. Ce basculement serait lourd de conséquences pour les personnes concernées qui seraient à la fois exposées à une diminution de revenus et à une perte de droits une fois passé ce seuil (Bonnet, 2004 ; Blanc, 2006 ; Weber, 2011 ; Gohet, 2013). Pourtant, si on l'examine plus précisément, ce « seuil de 60 ans » ne revêt aucune réalité particulière pour les personnes qui perçoivent des allocations compensant une incapacité à avoir une activité professionnelle. Dans un premier temps, aucune des allocations analysées supra – pension d'invalidité, rente d'incapacité, AAH – ne s'interrompt à l'âge de 60 ans. Ces allocations peuvent même être sollicitées au-delà de 60 ans, à condi-

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

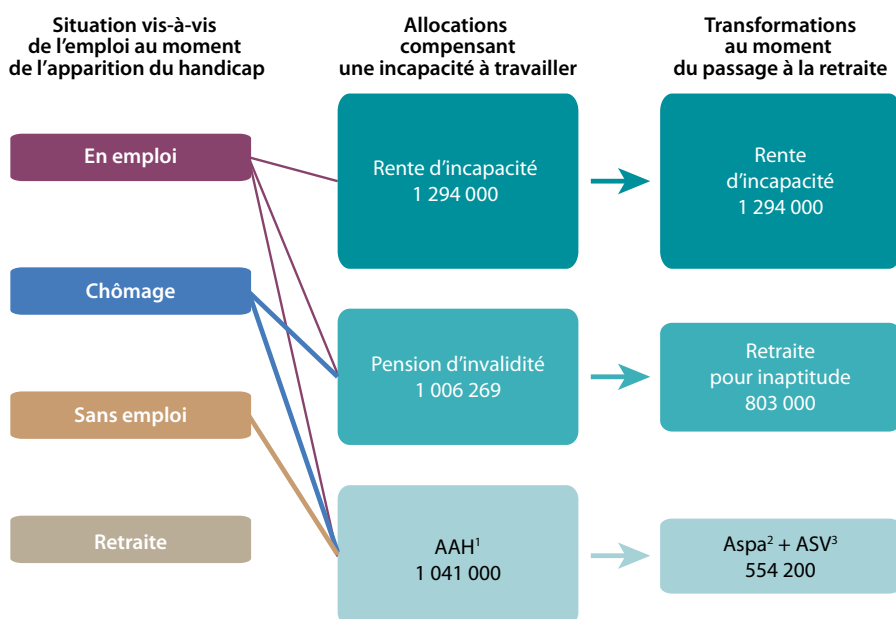
Les systèmes de « compensation » en France et les questions de la « barrière d'âge »

Irdes septembre 2019

tion que la demande en ait été faite avant l'âge légal du départ en retraite. Par ailleurs, l'âge de la retraite n'est pas non plus une barrière pour les personnes qui bénéficient d'une rente d'accident du travail, laquelle est une rente viagère. Cette rente d'accident du travail n'est pas prise en compte dans les revenus pour prétendre à l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) et est donc cumulable avec l'Aspa ou une pension de retraite. Par ailleurs, pour les allocataires qui se sont vus attribuer un taux d'incapacité permanente égal ou supérieur à 66,6 %, l'exonération du ticket modérateur pour tous les soins et traitements reste acquise au-delà de l'âge de la retraite.

L'âge de la retraite marque en revanche une bascule, avec la possibilité de bénéficier de nouvelles prestations pour les individus reconnus inaptes au travail, de même que la fin d'autres prestations (AAH avec une reconnaissance à moins de 80 % de handicap et la pension d'invalidité³) [schéma 1]. S'agissant des nouvelles prestations, les personnes reconnues inaptes au travail peuvent notamment prétendre percevoir le minimum vieillesse (annexe A2). Les personnes qui ont eu une activité avant leur accident de travail ou leur reconnaissance d'invalidité peuvent exercer le droit d'obtenir une pension de retraite à taux plein (50 %) à l'âge légal du départ en retraite sans avoir nécessairement cotisé le nombre de trimestres nécessaires.

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



¹ Allocation aux adultes handicapés

² Allocation de solidarité aux personnes âgées

³ Allocation de solidarité vieillesse

Source : Bouvier G. (2011), Insee.

³ A noter toutefois que dans les régimes de la Fonction publique et dans certains régimes spéciaux (RATP, SNCF, par exemple), les pensions d'invalidité sont versées jusqu'au décès des personnes à un montant inchangé par rapport à celui qui prévalait avant l'âge de la retraite (Aubert *et al.*, 2016).

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

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

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

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

1.3.1. L'Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)

L'ACTP, mise en place par la loi du 30 juin 1975, poursuit l'objectif de financer l'aide d'une tierce personne pour les actes essentiels des personnes qui ne peuvent les réaliser en raison d'un handicap (Espagnacq, 2012). Elle concerne les personnes âgées entre 20 ans et 60 ans au moment de la demande. Toutefois, une personne bénéficiaire de l'ACTP avant 60 ans peut continuer à la percevoir au-delà de cet âge (Espagnacq, 2013). Pour prétendre au versement de cette prestation monétaire versée par le Conseil départemental, la personne doit avoir un taux d'incapacité permanente d'au moins 80 % (article L 821-1 du code de la Sécurité sociale) et avoir besoin de l'aide d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie quotidienne (se laver, marcher, s'habiller,...). La prestation est versée, sans contrôle d'effectivité, sous condition que le demandeur perçoive des ressources qui ne dépassent pas 9 701 euros annuels pour une personne seule (19 403 euros pour une personne en couple). Le montant de l'ACTP varie entre 441,67 euros et 772,93 euros en fonction des besoins de la personne. Le dispositif a été remplacé au 1^{er} janvier 2006 par la PCH mais les personnes qui bénéficiaient de l'ACTP peuvent en conserver le bénéfice ou au contraire opter pour la PCH, dès lors qu'elles remplissent les critères d'éligibilité. Depuis le 1^{er} janvier 2006, il n'y a plus de nouvel entrant dans le dispositif de l'ACTP. Au 31 décembre 2014, on dénombrait 71 800 bénéficiaires de l'ACTP en France (Sécurité sociale, 2016).

1.3.2. La Prestation de compensation du handicap (PCH)

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

Les critères d'obtention de la PCH ont une logique différente de ceux de l'ACTP. Une personne peut être éligible à la PCH si son handicap génère de façon définitive ou pour une durée prévisible d'au moins un an :

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

- une difficulté grave pour réaliser au moins deux activités essentielles de la vie quotidienne.

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

L'accès à la PCH n'est pas soumis à condition de ressources, mais une participation de 20 % est laissée à la charge du bénéficiaire si ses ressources annuelles – hors champ de celles qui sont issues de l'activité professionnelle – sont strictement supérieures à 26 500 euros (données 2017), ce qui est une situation très peu courante. Même si sa situation financière lui permet d'avoir une prise en charge à 100 %, le bénéficiaire de la PCH bénéficie d'une prise en charge des seuls montants accordés au titre de la PCH, ce qui peut le laisser potentiellement face à un reste à charge si le montant prévu par la PCH est insuffisant pour couvrir le coût d'acquisition d'un élément d'aide. De plus, la prise en charge par la PCH est de 50 % pour les aménagements du logement au-delà de 1 500 euros (Espagnacq, 2012). Le montant de la PCH pour l'aide humaine n'est pas plafonné mais il existe un temps accordé par type d'acte et le tarif selon le type d'aidant est fixe. Compte tenu de ces contraintes, en 2012, le montant moyen de la PCH versé par les conseils départementaux était de 775 euros (Espagnacq, 2012). En décembre 2014, on dénombrait 252 400 personnes bénéficiaires de la PCH en France (Sécurité sociale, 2016).

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

1.3.3. L'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa)

L'Apa est une émanation de la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001. Elle est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2002 en remplacement de la Prestation spécifique dépendance (PSD) : « Toute personne âgée, résidant en France, qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liées à son état physique ou mental, a droit à une allocation permettant une prise en charge adaptée à ses besoins » (Fouquet, Laroque *et al.*, 2009). L'Apa à domicile permet de financer une partie des dépenses nécessaires au maintien de la personne à domicile (aide aux courses, préparation ou portage des repas, ménage, toilette,...). La personne qui demande à recevoir l'allocation doit avoir au moins 60 ans. La perte d'autonomie du demandeur est évaluée à partir de la grille Aggir (Autonomie, gérontologie, groupes Iso-Ressources). Un Gir 1 correspond à un niveau de dépendance très élevé tandis qu'un Gir 6 signifie que la personne est autonome. Seul le classement dans un des quatre premiers niveaux de Gir permet l'attribution de l'Apa, dont le montant est limité par des plafonds d'aide croissants avec le niveau de dépendance (CNSA, 2015). En 2017, le montant mensuel maximal s'élève à 1 714 euros pour un Gir 1, 1 376 euros pour un Gir 2, 994 euros pour un Gir 3 et 663 euros pour un Gir 4. Les personnes ayant recours à l'Apa doivent s'acquitter d'un ticket modérateur qui dépend des ressources des bénéficiaires. En 2011, 16 % des bénéficiaires de l'Apa étaient dispensés du ticket modérateur. Pour ceux

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Les systèmes de « compensation » en France et les questions de la « barrière d'âge »

Irdes septembre 2019

qui devaient le payer, le reste à charge financier était inférieur à 60 euros mensuels pour la moitié des plans d'aide notifiés (Bérardier, 2014). l'Apa prend en charge le financement des actes de la vie domestique (ménage, préparation ou portage des repas, entretien de la maison), ce que ne permet pas la PCH. En décembre 2014, 1,25 million de personnes âgées dépendantes bénéficient de l'Apa en France. Parmi elles, 59 % vivent à domicile (soit environ 737 500 personnes) et 41 % en établissement d'hébergement pour personnes âgées (Sécurité sociale, 2016).

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

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

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

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

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

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Les systèmes de « compensation » en France et les questions de la « barrière d'âge »

Irdes septembre 2019

en fauteuil électrique), ce que ne permet pas l'Apa, tandis qu'au contraire l'Apa prend en charge le financement des actes de la vie domestique (ménage, préparation ou portage des repas, entretien de la maison), ce que ne permet pas la PCH. Le débat sur la barrière d'âge est souvent illustré par la comparaison de deux individus semblables et se différenciant seulement par leur âge, 59 ans pour le premier, 61 ans pour le second en supposant qu'il ne travaille pas et ne peut donc prétendre percevoir la PCH, tous deux victimes d'un accident vasculaire cérébral. Les deux, grâce à l'Apa ou la PCH, auront droit à des heures d'aide pour les actes essentiels de la vie quotidienne (toilette, habillage,...). Le premier peut bénéficier de la PCH dont le périmètre des aides lui permettra d'aider au financement d'un fauteuil électrique au titre des aides techniques (à hauteur de 2 702,81 euros par la PCH, qui s'ajoute aux 2 702,81 euros pris en charge par l'assurance maladie obligatoire). Mais il devra financer lui-même ses besoins récurrents et quotidiens en termes d'aide domestique. En revanche, son homologue âgé de 61 ans et à la retraite, lui aussi victime d'un AVC, ne pourra prétendre à la PCH pour financer un fauteuil mais il pourra prétendre à l'Apa pour financer des heures d'aides domestiques.

Dans ce contexte, la question de l'équité entre les dispositifs de la PCH et de l'Apa a été régulièrement questionnée dans de nombreux rapports (Bonnet, 2004 ; Blanc, 2006 ; Gohet, 2013). La question est d'autant plus épineuse à régler que certaines situations se satisfont sans doute très bien de cette ligne de partage tandis que d'autres peuvent en pâtir. En l'état des données disponibles qui ne permettent d'avoir une visibilité que sur la partie sanitaire des dépenses, il est impossible de fournir une évaluation quantitative de l'impact de la barrière d'âge sur les dépenses et restes à charge globaux des individus situés de part et d'autre de cette barrière.

2. Données, outils et méthodes

2.1. L'enquête Handicap-Santé Ménages

Les analyses statistiques qui suivent ont été réalisées à partir des données de l'enquête Handicap-Santé réalisée par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). L'enquête Handicap-Santé comprend un volet « Ménages », collecté en 2008, et un volet « Institutions » dont les données ont été recueillies en 2009 par l'Insee. Cette enquête Handicap-Santé s'appuie sur les enseignements de l'enquête Handicap, incapacité et dépendance (HID), réalisée en 1998-1999 par l'Insee, et intègre le nouveau contexte institutionnel consécutif à la loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

2.1.1. Méthode d'échantillonnage et appariement

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

Echantillonnage de l'enquête VQS

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

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

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

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

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Données, outils et méthodes

Irdes septembre 2019

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

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

La procédure de tirage stratifié retenue par l'Insee vise à assurer des effectifs suffisants par groupe VQS que ce soit au niveau national ou dans chaque département ayant fait l'objet d'une extension⁴.

Tableau 1 Les strates de tirage de l'échantillon de deuxième phase

Moins de 19 ans	20-59 ans	60-79 ans	80 ans ou plus	Groupe Vie quotidienne santé (VQS)	Taux de sondage en 2 ^e phase (%)
Score <					
1	4	5	6	I	7,5
10	12	25	40	II	21,0
25	30	45	65	III	51,4
Score ≥					
25	30	45	65	IV	97,0

Lecture : Un individu âgé de 65 ans avec un score inférieur à 25 appartiendra au groupe VQS n° 2.

Source : Bouvier G. (2011), Insee.

Echantillonnage de l'enquête HSM et pondération

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

L'enquête HSM a été appariée aux données de l'Assurance maladie (données Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (Sniiram)), ce qui permet de récupérer pour une grande partie des enquêtés (environ 70 % d'entre eux dans l'enquête HSM) leurs consommations de soins par poste de dépenses.

Cet appariement présente plusieurs intérêts. Il permet d'abord d'analyser les questions de recours aux soins en se basant non pas uniquement sur les déclarations faites par les enquêtés mais également sur le recours objectif tel qu'il est renseigné par les données de l'Assurance maladie. Il rend également possible la réalisation d'études sur les dépenses de santé et les restes à charge des personnes qui figurent dans l'enquête. L'étude des dépenses

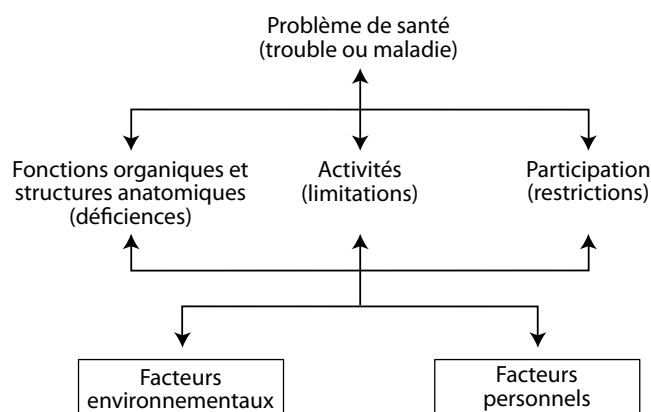
⁴ Pour cette enquête, l'échantillonnage et les effectifs assurent une représentativité nationale. Les régions le souhaitant pouvaient financer des extensions régionales permettant des exploitations à un niveau régional.

et des restes à charge peut être entreprise à la fois en niveau et en détaillant également la structure par poste : dépenses de médecins généralistes, de spécialistes, pharmacie, actes médicaux infirmiers, actes de soins infirmiers, kinésithérapie, dispositifs médicaux, biologie, transport, autres dépenses ambulatoires, dépenses d'hospitalisation Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), d'hospitalisation en Soins de suite et de réadaptation (SSR), d'hospitalisation psychiatrique, et dépenses pour des traitements et cures ambulatoires.

2.1.2. Approches conceptuelles du handicap et de la dépendance

En 2001, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a formalisé la notion de handicap de la façon suivante, avec la Classification internationale du fonctionnement et du handicap (Cif) [schéma 2, (OMS, 2001)]. Les maladies, accidents ou malformations peuvent engendrer des déficiences susceptibles d'être à l'origine de limitations fonctionnelles motrices (se déplacer, saisir des objets), sensorielles (vision de près, de loin,...) ou mentales (comprendre, se souvenir,...). Ces limitations peuvent conduire à des restrictions dans les activités de la vie quotidienne (soins personnels, gestion des tâches ménagères ou administratives, avoir une vie familiale, une activité professionnelle ou des loisirs,...). Il y a restriction de participation sociale ou désavantage social lorsque les difficultés concernent des activités essentielles en lien avec le rôle social (travailler, gérer sa vie à domicile, gérer les soins personnels).

Schéma 2. Classification du fonctionnement, du handicap et de la santé



Source : OMS, 2001.

La dépendance fait référence à l'état des personnes qui ne peuvent accomplir sans aide les actes essentiels de la vie quotidienne (Weber, 2011 ; Ennuyer, 2013).

2.1.3. Identification des populations d'intérêt dans l'enquête HSM

Nous nous intéressons principalement ici à deux populations d'intérêt (tableau 2) dont nous analysons les dépenses de santé et restes à charge sanitaires :

- la population des personnes qui recourent à de l'aide humaine, professionnelle ou familiale, pour réaliser les activités de la vie quotidienne (annexe A1), c'est-à-dire les personnes « dépendantes », qu'elles soient âgées de moins ou de plus de 60 ans. En 2008, ce recours à l'aide humaine concerne 4 millions de personnes âgées de 20 ans et plus, soit 9 % de la population. La part de personnes âgées de plus de 60 ans déclarant recourir à de l'aide humaine est plus importante comparativement aux moins de 60 ans : 3 % des moins de 60 ans contre 22 % des plus de 60 ans.

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Données, outils et méthodes

Irdes septembre 2019

- cette première approche est privilégiée par rapport à celle qui repose sur les limitations fonctionnelles, car elle permet de sélectionner des personnes qui sont réellement en situation de handicap tandis que la deuxième ne filtre que des personnes qui sont dans une situation de « risque » de handicap.
- la population des personnes qui bénéficient d'une reconnaissance administrative liée à l'incapacité de travailler et qui comprend les trois catégories suivantes : l'AAH, la pension d'invalidité et les rentes d'incapacité (Annexe A1).

Tableau 2 Effectifs bruts et pondérés selon les types d'approche dans l'enquête HSM

	20 ans ou plus		20 à 59 ans		60 ans ou plus	
	Effectifs bruts	Effectifs et pourcentages pondérés	Effectifs bruts	Effectifs et pourcentages pondérés	Effectifs bruts	Effectifs et pourcentages pondérés
<i>Population d'intérêt</i>						
Personnes dépendantes						
Recours à l'aide humaine	6 772	4 108 560 (8,79 %)	2 373	1 182 519 (3,5 %)	4 399	2 926 041 (22,1 %)
Reconnaissance administrative liée à l'incapacité de travailler						
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	1 557	745 845 (1,6 %)	1 403	677 319 (2,0 %)	154	68 526 (0,5 %)
Pension d'invalidité/retraite pour inaptitude	3 351	2 009 328 (4,3 %)	2 192	1 197 409 (3,6 %)	1 159	812 098 (6,2 %)
Rente d'incapacité	845	828 328 (1,77 %)	534	494 219 (1,5 %)	311	334 110 (2,5 %)

Champ : Population âgée de 20 ans et plus.

Source : Enquête HSM 2008.

2.1.4. Définition des postes de dépenses et de restes à charge

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

2.2. Outils d'analyses

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

2.2.1. Typologie du recours à l'aide humaine

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

Encadré 1. Définitions

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

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

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

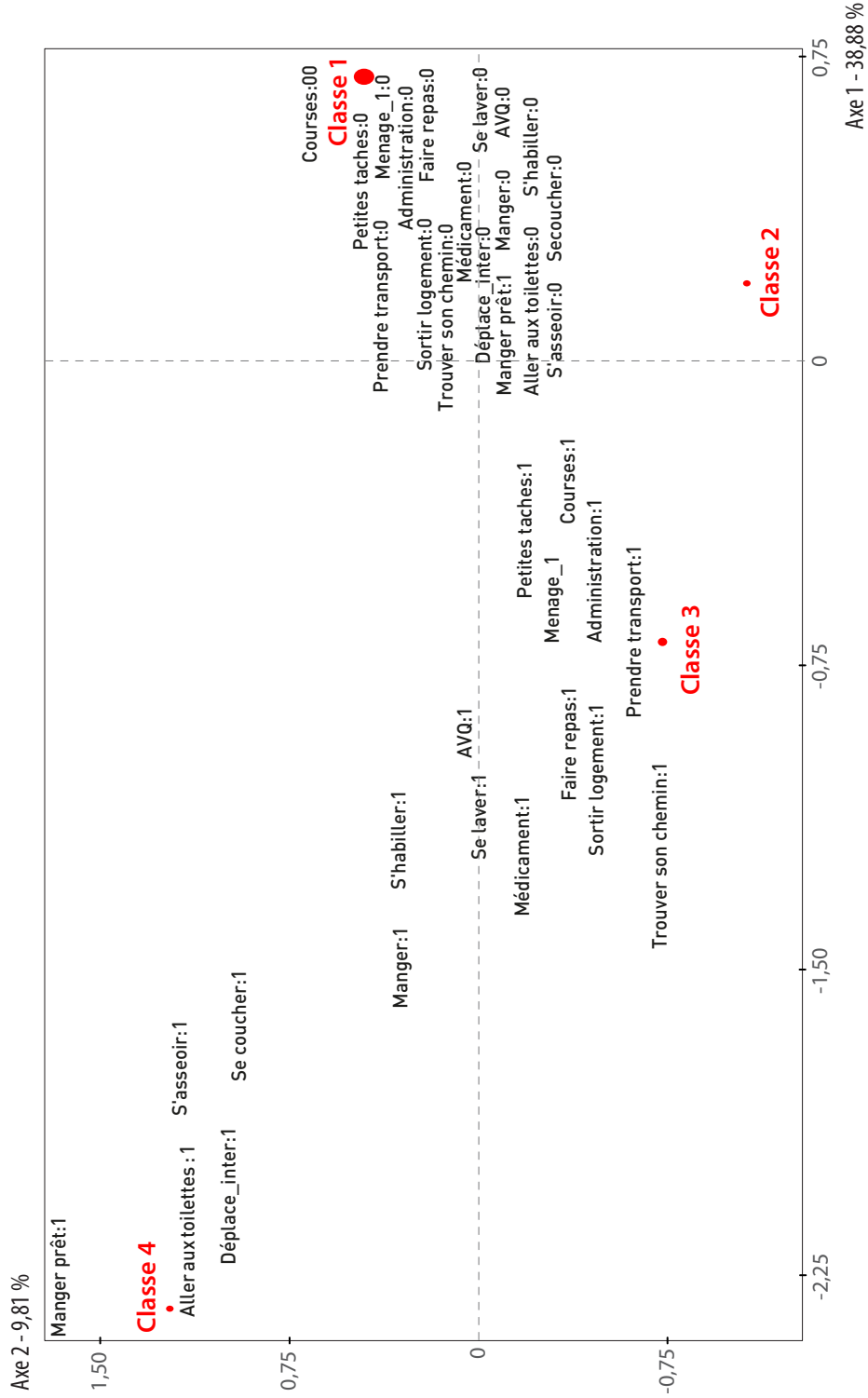
Cette classification est réalisée à partir des données de l'enquête HSM. Sur l'ensemble des 24 373 personnes âgées de 20 ans ou plus présentes dans l'enquête, nous avons retenu l'ensemble des individus ayant déclaré au moins un recours à de l'aide humaine pour réaliser les activités de la vie quotidienne. Le recours à l'aide humaine est identifié dans l'enquête par des variables caractérisant les activités de la vie quotidienne et d'autres relatives aux activités instrumentales de la vie quotidienne (Dos Santos et Makdessi, 2010). Les personnes qui déclarent recourir à de l'aide humaine constituent dans l'enquête un effectif brut de 6 772 individus. La classification réalisée a pour objectif de répartir ces individus dans un nombre limité de groupes homogènes de recours à l'aide.

Méthodologie

La méthode de classification réalisée ici est une Classification hiérarchique ascendante (CHA) avec Wald⁵ appliquée aux dimensions d'une Analyse des correspondances multiples (ACM). La réalisation d'une ACM permet un meilleur partitionnement car l'inertie est concentrée sur les individus les plus influents et, en particulier, lorsque l'inertie est fortement concentrée dans les premiers axes de l'ACM. De plus, l'ACM permet de visualiser graphiquement les variables de recours à l'aide humaine associées dans les déclarations des individus. Le nombre de classes a été sélectionné par la méthode du saut maximum et à partir de l'analyse du R^2 semi-partiel (SPRSQ) qui mesure la perte d'inertie interclasse provoquée en regroupant deux classes.

⁵ Wald pour distance euclidienne : agrégation des individus qui font le moins varier l'inertie intra-classe.

Graphique 1. Représentation de l'ACM correspondant au recours à l'aide humaine pour réaliser les Activités de la vie quotidienne (AVQ)



Résultats

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

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

La classification obtenue permet d'obtenir des groupes d'individus homogènes en termes de besoins de recours à l'aide humaine. Le graphique 2 illustre les besoins croissants de recours à l'aide humaine de la classe 1, pour laquelle les besoins sont circonscrits à un très petit nombre d'activités, à la classe 4 pour laquelle les besoins d'aide humaine sont très étendus.

La première classe (3 418 individus) regroupe des personnes qui ont un recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'AIVQ. Ainsi, 56 % des personnes qui sont dans cette classe recourent à de l'aide pour faire les tâches ménagères, 36 % pour faire les courses, 30 % pour faire les tâches plus occasionnelles, 20 % pour faire les tâches administratives et 11 % pour utiliser un moyen de déplacement. En revanche, dans cette classe, une très faible proportion d'individus recourt à de l'aide humaine pour réaliser les AVQ : seuls 7 % des individus de cette classe requièrent de l'aide pour se laver, 6 % pour s'habiller et 2 % pour manger et boire seul, une fois la nourriture prête.

Les individus qui figurent dans la deuxième classe (1 130 individus) se caractérisent, comme ceux de la première classe, par un recours à de l'aide humaine principalement pour les AIVQ et quasiment pas pour les AVQ. En revanche, le recours à de l'aide pour réaliser les AIVQ porte sur un plus grand nombre de catégories que celui de la classe 1. Dans cette classe 2, la quasi-totalité des personnes demande de l'aide pour faire les courses (94 %). Par ailleurs, les individus sont nombreux à solliciter de l'aide humaine pour faire les tâches ménagères (86 %), faire les tâches les plus occasionnelles et les tâches administratives (69 %). Une proportion importante d'individus demande aussi de l'aide pour utiliser un moyen de déplacement (65 %), pour préparer les repas (42 %), pour sortir du logement (38 %), pour trouver son chemin (24 %) ou pour prendre les médicaments (20 %).

Les individus de la troisième classe (1 570 individus) affichent un recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AIVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées. S'agissant du recours à l'aide pour les AIVQ, 92 % des individus de cette classe recourent à l'aide pour faire les courses, 88 % pour faire les tâches ménagères, 86 % pour faire les tâches plus occasionnelles, 69 % pour faire les repas, 68 % pour faire les tâches administratives, 48 % pour sortir du logement et 38 % pour prendre des médicaments. Par ailleurs, dans cette classe, les individus sont nombreux à demander de l'aide pour se laver (82 %) et pour s'habiller (59 %), ainsi que pour couper la nourriture ou se servir à boire (36 %). En revanche, le besoin d'aide pour réaliser les autres AVQ est très faible.

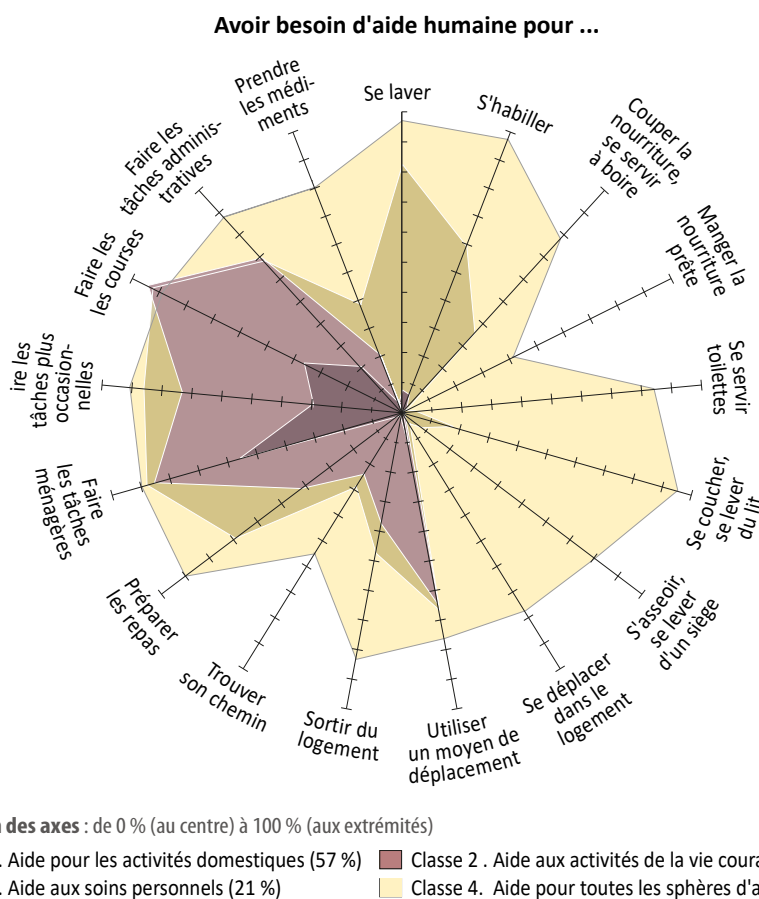
Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Données, outils et méthodes

Irdes septembre 2019

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

Graphique 2. Types de recours à l'aide humaine en fonction des quatre classes issues de la typologie



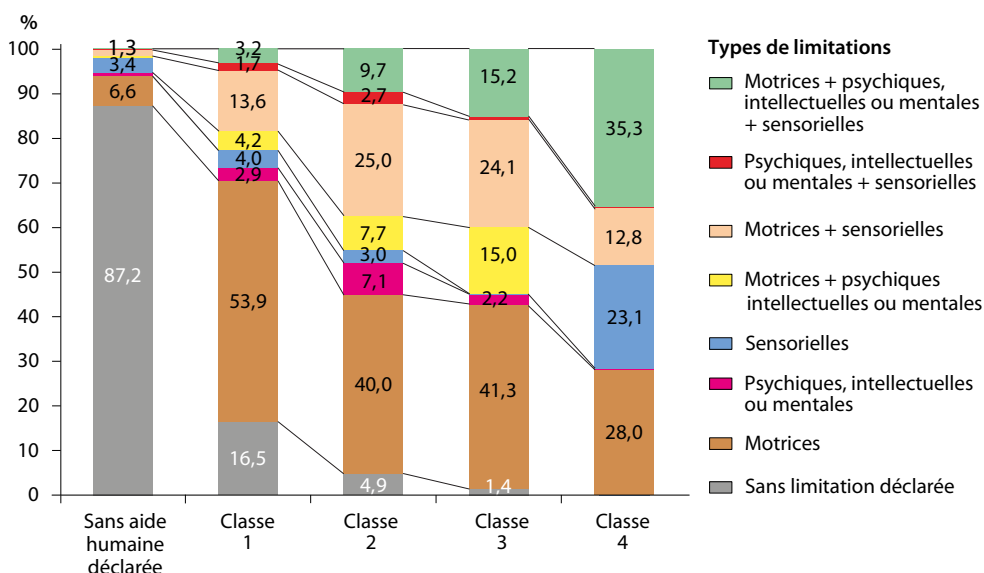
Champ : Population âgée de 20 ans et plus.

Source : Enquête HSM 2008. Calculs Irdes.

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

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

Graphique 3. Répartition des combinaisons de limitations fonctionnelles en fonction de la classe



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

Champ : Population âgée de 20 ans et plus.

Source : Enquête HSM 2008. Calculs Irdes.

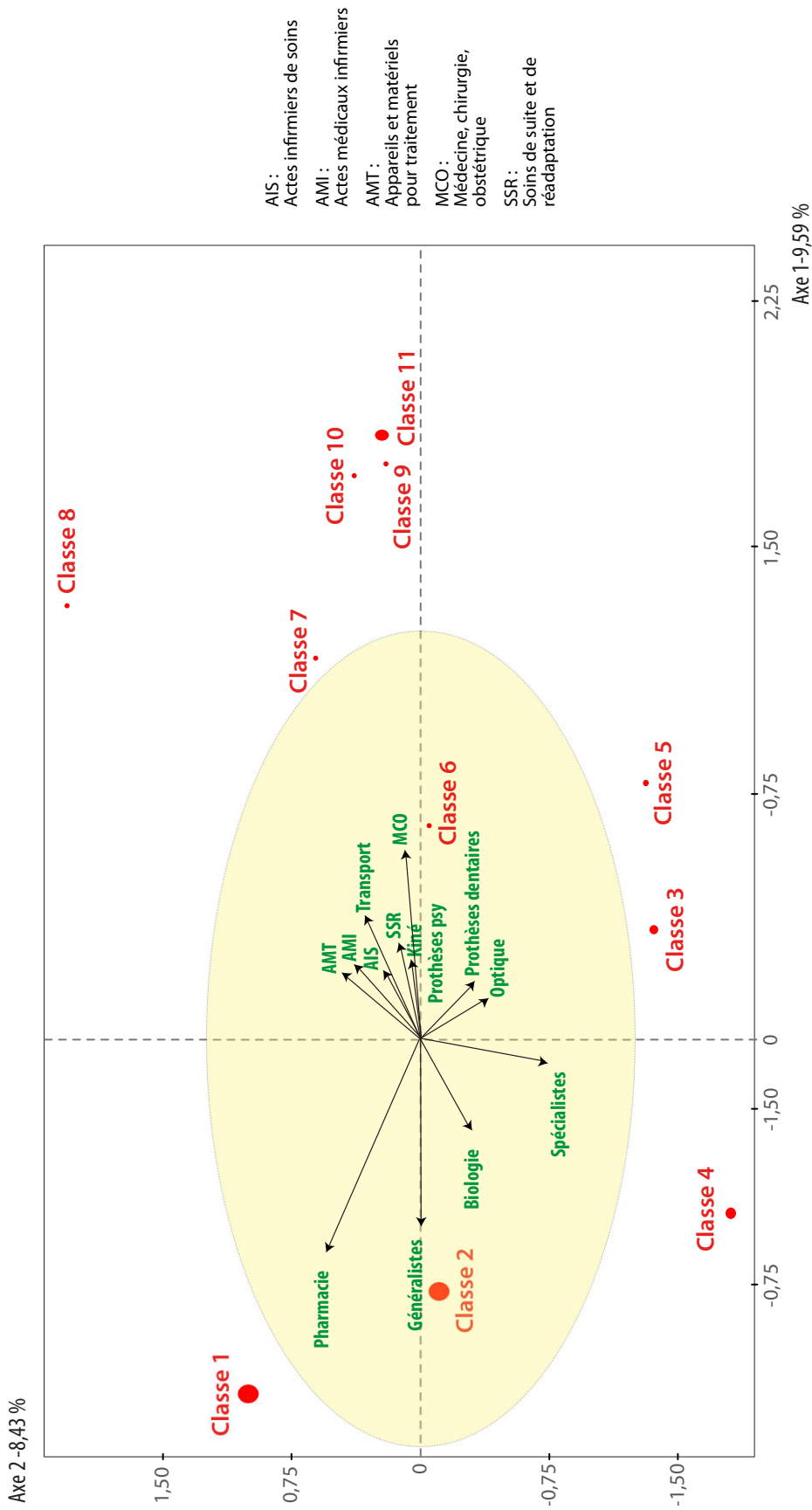
2.2.2. Typologie des consommations de soins

La classification réalisée a pour objectif d'établir une typologie des profils de recours aux soins en considérant l'ensemble des individus présents dans l'enquête HSM âgés de 20 ans ou plus et appariés avec les données du Sniiram (18 050 personnes). Cette classification est un outil mobilisé dans l'analyse afin de mieux comprendre les profils de consommation de soins qui peuvent expliquer la variabilité des dépenses de santé et des restes à charge.

La méthode de classification est une Classification hiérarchique ascendante (CHA) avec Wald⁶ appliquée aux dimensions d'une Analyse en composantes principales (ACP).

⁶ Wald pour distance euclidienne : agrégation des individus qui font le moins varier l'inertie intra-classe.

Graphique 4. Représentation de l'Analyse en composantes principales (ACP)



Champ : Population âgée de 20 ans et plus.
 Source : Enquête HSM, appariée aux données Sniiram. Calculs Irdes.

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

Les postes de dépenses introduits sont les suivants : pharmacie, médecins généralistes, biologie, médecins spécialistes, optique, prothèses dentaires, orthèses et prothèses, Appareils et matériel pour traitement (AMT), kinésithérapie, Actes médicaux infirmiers (Ami), Actes infirmiers de soins (AIS), autres dépenses ambulatoires, hospitalisation en psychiatrie, MCO, SSR, transport, traitements et cures ambulatoires.

L'ACP réalisée (graphique 4) introduit 17 variables continues, soit 17 axes factoriels. L'application du critère de Kaiser pour une ACP revient à sélectionner les axes dont la valeur propre est supérieure à 1. Ainsi, 9 axes factoriels sont sélectionnés. La méthode du saut maximum identifie 11 classes de profils de consommation de soins lors de la réalisation d'une CHA sur ces 9 axes factoriels sélectionnés.

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

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

Les profils 1, 2 et 4 décrivent des profils de consommation principalement axés sur les consommations de médecins généralistes, de spécialistes et de pharmacie. D'autres profils de consommation sont révélateurs de dépenses en lien avec le handicap, tels que les profils (6, 7, 8, 9 et 10).

La dépense moyenne de santé sur l'ensemble de la population s'établit à 2 221 euros (tableau 4). Il existe une forte concentration de la dépense (20 % de la population concentrant 73 % de la dépense), ainsi qu'un coefficient de variation élevé. En fonction des classes identifiées, le niveau des dépenses moyennes est très variable : de 571 euros pour la classe 4 dont les dépenses sont concentrées sur les dépenses de médecins spécialistes, de biologie et de médecins généralistes à 17 893 euros pour la classe 10 associant hospitalisations psychiatriques et transports. On observe des variations et une concentration de la dépense moins importantes sur les profils de consommation portant sur l'optique et les prothèses dentaires. Les plus fortes concentrations de dépenses sont identifiées dans les classes 7 (kinésithérapie) et 9 (Traitements et cures ambulatoires).

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Données, outils et méthodes

Irdes septembre 2019

Tableau 3 Profils de consommation de soins issus de la classification

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

* AMT : Appareils et matériel pour traitement ; AMI : Actes médicaux infirmiers ; AIS : Actes infirmiers de soins ; MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique ; SSR : Soins de suite et de réadaptation.

Lecture : Les données surlignées correspondent aux variables ayant le plus contribué à la composition de la classe. La structure de la consommation de soins des individus de la classe 1 est principalement constituée des consultations de médecins généralistes (16 % de la dépense totale) et de la consommation de médicaments (70 % de la dépense totale).

Champ : Population âgée de 20 ans et plus.

Source : Enquête HSM, appariée aux données Sniiram. Calculs Irdes.

Tableau 4 Statistiques descriptives de la dépense totale pour chaque profil de consommation de soins

Classes	Moyenne	Ecart type	1 ^{er} quartile	Médiane	3 ^e quartile	Coef. de variation	Concentration de la dépense des 20 % plus grands consommateurs
1. Pharmacie, médecins généralistes	1 861	3 441	301	1 040	2 164	1,85	62,6 %
2. Pharmacie, médecins généralistes, spécialistes	1 220	1 576	256	682	1 605	1,29	59,2 %
3. Optique	1 101	718	591	915	1 426	0,65	40,4 %
4. Médecins spécialistes, biologie, médecins généralistes	571	715	161	348	694	1,25	56,2 %
5. Prothèses dentaires	2 347	1 946	1 073	1 827	2 972	0,83	45,5 %
6. Prothèses et orthèses	2 501	2 610	487	1 899	3 470	1,04	52,4 %
7. Kinésithérapie	2 896	5 112	484	930	3 181	1,77	70,4 %
8. AMT*, AMI*	6 059	6 958	1 580	3 740	8 502	1,15	55,8 %
9. Traitements et cures ambulatoires, transport	8 803	19 180	552	1 324	7 563	2,18	81,8 %
10. Psychiatrie, transports	17 893	18 595	5 485	13 829	23 161	1,04	51,6 %
11. MCO*, SSR*	8 451	12 300	2 687	4 845	8 938	1,46	59,0 %
Toute la population	2 221	5 664	250	825	2 119	2,55	72,6 %

* AMI : Actes médicaux infirmiers ; AMT : Appareils et matériel pour traitement ; MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique ; SSR : Soins de suite et de réadaptation.

Lecture : Dans la population générale, la dépense moyenne s'établit à 2 221 euros par an. Les individus qui appartiennent au profil 1 de consommation de soins – Pharmacie et dépenses de médecins généralistes – affichent une dépense moyenne de 1 861 euros par an.

Champ : Population âgée de 20 ans et plus.

Source : Enquête HSM, appariée aux données Sniiram. Calculs Irdes.

Les niveaux de restes à charge après assurance maladie obligatoire varient fortement en fonction des profils (tableau 5). Les profils associés aux restes à charge les plus importants sont la psychiatrie, les prothèses dentaires et les prothèses et orthèses. En revanche, les profils 1, 2 et 4 – principalement composés de dépenses de pharmacie et de consultations – sont associés aux moyennes les plus faibles. Les profils correspondant aux taux de restes à charge moyens les plus élevés sont l'optique et les prothèses dentaires et, dans une moindre mesure, les orthèses et prothèses.

Tableau 5 Restes à charge totaux après assurance maladie obligatoire pour chaque profil de consommation de soins

Classes	Moyenne	Ecart type	1 ^{er} quartile	Médiane	3 ^e quartile	Coef. de variation	Taux de restes à charge moyen (restes à charge/dépense)
1. Pharmacie, médecins généralistes	348	394	71	225	487	1,13	0,19
2. Pharmacie, médecins généralistes, spécialistes	390	448	87	241	529	1,15	0,32
3. Optique	725	413	428	626	938	0,57	0,66
4. Médecins spécialistes, biologie, médecins généralistes	217	290	58	126	256	1,34	0,38
5. Prothèses dentaires	1 412	1 245	603	1 073	1 820	0,88	0,60
6. Prothèses et orthèses	1 134	1 353	158	593	1 594	1,19	0,45
7. Kinésithérapie	509	673	151	262	635	1,32	0,18
8. AMT*, AMI*	584	661	129	394	809	1,13	0,10
9. Traitements et cures ambulatoires, transport	432	725	97	216	482	1,68	0,05
10. Psychiatrie, transports	1 603	1 456	604	1 173	2 175	0,91	0,09
11. MCO*, SSR*	991	1 041	379	681	1 234	1,05	0,12
Toute la population	505	716	80	275	655	1,42	0,23

* AMI : Actes médicaux infirmiers ; AMT : Appareils et matériel pour traitement ; MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique ; SSR : Soins de suite et de réadaptation.

Lecture : Dans la population générale, le reste à charge moyen s'établit à 505 euros par an. Les individus qui appartiennent au profil 1 de consommation de soins – pharmacie et dépenses de généralistes – endossent un Reste à charge plus faible de 348 euros par an tandis que les individus qui sont associés au profil 10 – Psychiatrie et transports – encourent un Reste à charge moyen de 1 603 euros.

Champ : Population âgée de 20 ans et plus.

Source : Enquête HSM, appariée aux données Sniiram. Calculs Irdes.

2.3. Méthodes statistiques

L'analyse économétrique conduite dans la troisième partie du rapport repose sur des analyses descriptives (moyenne, médiane, courbes de concentration,...) ainsi que sur l'utilisation de modèles linéaires généralisés avec estimateurs robustes⁷ ou de régressions logistiques avec estimateurs robustes. Les régressions logistiques sont utilisées pour l'analyse des taux de recours aux soins par postes de dépenses, présentée en annexe 3. Les estimateurs de ces régressions logistiques sont calculés en odds ratio. Les régressions linéaires généralisées sont utilisées pour l'analyse des dépenses de santé, des restes à charge et des taux d'effort des personnes recourant aux soins étudiés (partie 3.1.3, partie 3.3.1, annexe 3). Nous avons calculé le taux d'effort en rapportant le reste à charge sanitaire annuel au revenu annuel déclaré dans l'enquête HSM. La loi utilisée dans ces régressions linéaires généralisées est une loi de poisson. Les estimateurs présentés correspondent à des effets multiplicateurs.

⁷ Variance des estimateurs calculée à partir de la matrice de White.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques et consommation de soins des personnes handicapées reconnues inaptes au travail

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

3.1.1. Caractéristiques socio-économiques, limitations fonctionnelles et recours à l'aide humaine

Les personnes qui perçoivent une allocation compensant une incapacité à réaliser une activité professionnelle ne constituent pas une population homogène. Elles se différencient sur plusieurs caractéristiques. Il apparaît toutefois que les bénéficiaires de l'AAH et les titulaires d'une pension d'invalidité affichent des profils socio-économiques relativement proches alors qu'ils ont des structures d'âge distinctes. Les bénéficiaires de l'AAH sont les plus jeunes (42 ans) comparativement aux autres (57 ans pour les bénéficiaires d'une pension d'invalidité et 56 ans pour les bénéficiaires d'une rente d'incapacité). La répartition par sexe est très semblable pour les bénéficiaires de l'AAH et ceux d'une pension d'invalidité : environ 49 % sont des femmes (tableau 6) tandis qu'elles ne représentent que 27,5 % des effectifs pour les titulaires d'une rente d'incapacité. Environ 28 % des individus ayant une pension d'invalidité ou l'AAH vivent seuls, ce qui est moins fréquent pour les bénéficiaires de rentes d'incapacité (19 %) [tableau 6]. Si les bénéficiaires de l'AAH sont plus souvent déclarés en ALD (64 % *versus* 53 % et 25 % pour les bénéficiaires de pensions d'invalidité et de rentes d'incapacité respectivement), c'est sans doute la conséquence de l'absence de prise en charge du ticket modérateur par l'AAH, au contraire des deux autres dispositifs qui exonèrent sur l'ensemble de la dépense remboursable. Les demandes de mises en ALD pour les bénéficiaires de l'AAH sont par conséquent certainement plus fréquentes. Les bénéficiaires de chacun des trois dispositifs se différencient en revanche relativement peu en termes de couverture complémentaire (88 % pour les bénéficiaires de l'AAH, 90 % pour les bénéficiaires d'une pension d'invalidité, et 91 % pour les titulaires d'une rente d'incapacité).

Les bénéficiaires de l'AAH ont plus souvent des limitations psychiques, intellectuelles ou mentales que les bénéficiaires des autres allocations : 33 % sont dans cette situation, ce qui n'est le cas que de 15 % des bénéficiaires d'une pension d'invalidité et de 7 % des bénéficiaires d'une rente d'incapacité (tableau 6).

Une fraction très importante des bénéficiaires de ces allocations ne déclare aucun recours à l'aide humaine pour réaliser les activités de la vie quotidienne : 42 % des bénéficiaires de l'AAH, 60 % des bénéficiaires d'une pension d'invalidité et 80 % des bénéficiaires d'une rente d'incapacité (graphique 5). Par ailleurs, quand les bénéficiaires de ces allocations recourent à l'aide humaine, ils se situent principalement dans la première classe de recours à l'aide humaine (cf. typologie du recours à l'aide humaine présentée dans la partie 2 du rapport) : 29 % pour les bénéficiaires de l'AAH, 22 % pour les titulaires d'une pension d'invalidité.

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Résultats

Irdes septembre 2019

Tableau 6 Comparaison des caractéristiques socio-économiques et des limitations fonctionnelles des bénéficiaires de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH), pension d'invalidité, rente d'incapacité

	AAH*	Pension d'invalidité	Rente d'incapacité
Part de femmes	48,8 %	47,0 %	27,5 %
Age moyen	42 ans	57 ans	56 ans
Composition du ménage			
Une personne	28,6 %	27,3 %	19,2 %
Deux personnes	28,8 %	43,3 %	43,3 %
Trois personnes ou plus	42,5 %	29,5 %	37,5 %
Catégorie socioprofessionnelle du ménage			
Valeurs manquantes	24,6 %	10,5 %	3,3 %
Agriculteurs exploitants	2,8 %	3,5 %	3,1 %
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	4,9 %	4,5 %	4,1 %
Cadres et professions intellectuelles supérieures	4,3 %	9,9 %	8,0 %
Professions Intermédiaires	8,5 %	17,0 %	19,1 %
Employés	19,2 %	22,5 %	19,9 %
Ouvriers	35,9 %	32,2 %	42,3 %
Couverture			
Affection de longue durée (ALD)	64,2 %	52,9 %	24,8 %
Couverture complémentaire	87,5 %	90,4 %	91,3 %
Limitations fonctionnelles			
Limitations motrices	46,5 %	53,8 %	38,0 %
Limitations psychiques, intellectuelles ou mentales	33,5 %	15,1 %	7,3 %
Limitations auditives	11,8 %	13,5 %	12,0 %
Limitations visuelles	13,4 %	10,3 %	3,6 %
Recours à l'aide humaine			
Aide pour une Activité de la vie quotidienne (AVQ)	19,9 %	16,5 %	6,9 %
Aide pour une Activité instrumentale de la vie quotidienne (AIVQ)	57,6 %	39,1 %	18,2 %

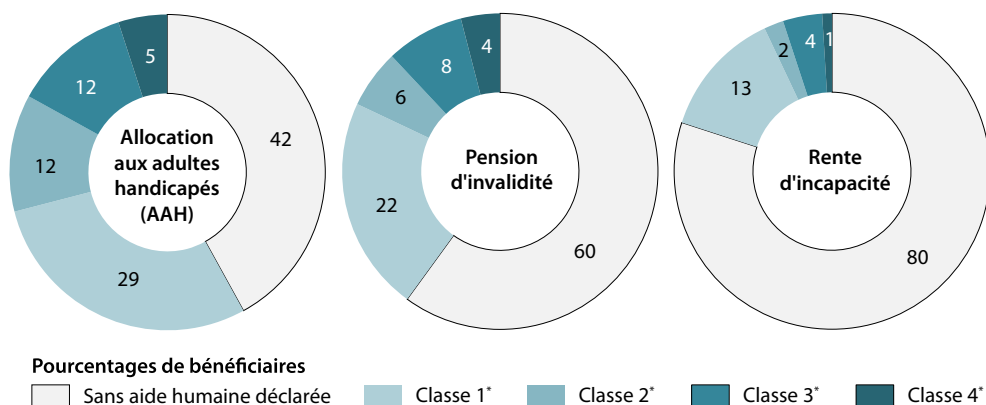
* Allocation aux adultes handicapés.

Lecture : 48,8 % des bénéficiaires de l'AAH sont des femmes, tandis que seuls 27,5 % des bénéficiaires d'une rente d'incapacité le sont. Les bénéficiaires de l'AAH sont âgés de 42 ans en moyenne, tandis que les titulaires d'une pension d'invalidité et d'une rente d'incapacité sont plus âgés (âge moyen de respectivement 57 et 56 ans).

Champ : Population âgée de 20 ans et plus.

Source : Enquête HSM 2008. Calculs Irdes.

Graphique 5. Répartition des bénéficiaires de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH), des titulaires d'une pension d'invalidité et des bénéficiaires d'une rente d'incapacité en fonction de leurs besoins d'aide humaine



* Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ).

Classe 2 : Recours à de l'aide humaine principalement pour les AIVQ et quasiment pas pour les Activités de la vie quotidienne (AVQ).

Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AIVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées.

Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AIVQ et d'AVQ.

Lecture : 42 % des bénéficiaires de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH) n'ont pas déclaré de recours à l'aide humaine pour réaliser les activités de la vie quotidienne. Les bénéficiaires d'une pension d'invalidité sont 60 % dans cette situation et les titulaires d'une rente d'incapacité 80 %. 29 % des bénéficiaires de l'AAH se situent dans la première classe de recours à l'aide humaine, 22 % des titulaires d'une pension d'invalidité et 13 % des titulaires d'une rente d'incapacité.

Champ : Population âgée de 20 ans et plus.

Source : Enquête HSM 2008. Calculs Irdes.

dité et 13 % pour les bénéficiaires d'une rente d'incapacité. De façon logique, les bénéficiaires de ces allocations sont très peu nombreux à déclarer un besoin d'aide humaine qui les classe dans la classe 4 : seulement 5 % pour les bénéficiaires de l'AAH, 4 % pour les bénéficiaires d'une pension d'invalidité et 1 % pour les individus qui déclarent une rente d'incapacité.

3.1.2. Niveaux et structures de dépenses de santé et de restes à charge

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

Il est utile de rappeler que les trois dispositifs – pension d'invalidité, rente d'incapacité, AAH – sont très hétérogènes en termes de droits pour leurs bénéficiaires : exonération du ticket modérateur sur le périmètre de la dépense remboursable pour les pensions d'invalidité et les rentes d'incapacité supérieur à 66,66 %, statut d'assuré de droit commun pour les bénéficiaires de l'AAH, sauf si l'assuré est en ALD, mais avec une exonération qui ne porte dans ce cas que sur le périmètre de la pathologie exonérante.

Distribution et concentration

Les dépenses de santé moyennes des bénéficiaires des pensions d'invalidité sont de niveau comparable (6 102 euros) à celles des bénéficiaires de l'AAH (5 845 euros) tandis que celles des bénéficiaires de rentes d'incapacité sont plus faibles (2 694 euros), ces dernières se situant un peu au-dessus du niveau moyen des dépenses de la population générale âgée de 20 ans et plus (tableau 7).

Tableau 7 Statistiques descriptives des dépenses de santé, des restes à charge et des taux d'efforts selon la reconnaissance de handicap

	Moyenne (en euros)	Ecart- type	1 ^{er} quartile	Médiane	3 ^e quartile	Coefficient de variation
Allocation aux adultes handicapés (AAH)						
Dépenses	5 845	11 945	553	1 809	5 379	204 %
Restes à charge	483	761	73	220	597	157 %
Taux d'effort	4,6 %	7,1 %	0,7 %	2,0 %	5,7%	153 %
Pension d'invalidité						
Dépenses	6 102	12 244	1 073	2 623	5 826	201 %
Restes à charge	623	819	125	370	799	132 %
Taux d'effort	4,6 %	6,4 %	0,9 %	2,4 %	5,7%	139 %
Rente d'incapacité						
Dépenses	2 694	5 098	515	1 313	2 821	189 %
Restes à charge	555	732	92	335	730	132 %
Taux d'effort	3,6 %	4,8%	0,6 %	2,0 %	4,7%	134 %
Population générale (plus de 20 ans)						
Dépenses	2 221	5 664	250	825	2 119	255 %
Restes à charge	505	716	80	276	655	142 %
Taux d'effort	3,3 %	5,2 %	0,5 %	1,6 %	4,1 %	157 %

Champ : Population âgée de 20 ans et plus.

Source : Enquête HSM 2008. Calculs Irdes.

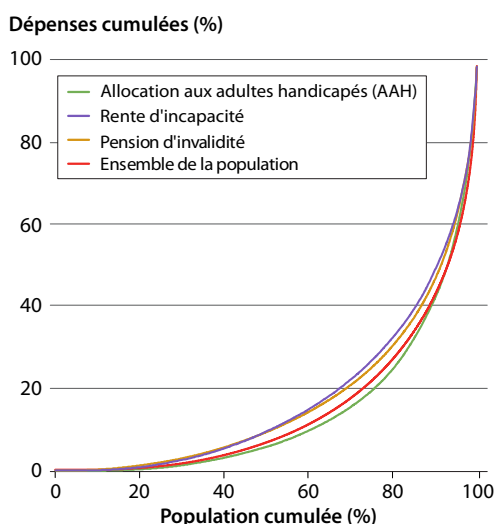
Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Résultats

Irdes septembre 2019

Les écarts-types et le coefficient de variation associés aux dépenses des bénéficiaires de l'AAH et des pensions d'invalidité sont élevés, ce qui indique une plus grande variabilité de la dépense. Pour les bénéficiaires de pensions d'invalidité, la médiane s'élève à 2 623 euros tandis qu'elle s'établit à 1 809 euros pour les bénéficiaires de l'AAH et à 1 313 euros pour les bénéficiaires d'une rente d'incapacité. Dans l'ensemble de la population, les dépenses de santé sont concentrées : 20 % de la population consomme 75 % de la dépense (graphique 6). La réduction du champ à des populations en situation de handicap pourrait laisser présager une plus faible concentration des dépenses liée à une homogénéité plus forte au sein de chaque population en situation de handicap. C'est ce qui est observé pour les bénéficiaires de pensions d'invalidité et de rentes d'incapacité avec une moindre concentration (20 % de la population consomme 65 % de la dépense). Au contraire, pour les bénéficiaires de l'AAH, la concentration est plus forte : 20 % de la population consomme près de 80 % de la dépense.

Graphique 6. Distribution et concentration de la dépense de santé en fonction de la reconnaissance de handicap



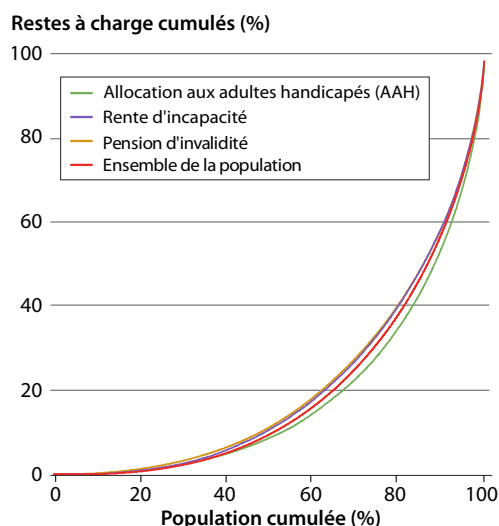
Champ : Population âgée de 20 ans et plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram. Calculs Irdes.

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

Comparativement aux niveaux de dépenses exposées, les restes à charge moyens apparaissent moins fortement différenciés selon les diverses reconnaissances administratives de handicap. En effet, on observe en moyenne des restes à charge de 483 euros pour les bénéficiaires de l'AAH, de 623 euros pour les pensions d'invalidité et de 555 euros pour les bénéficiaires de rentes d'incapacité (tableau 7). La médiane est située à un niveau inférieur pour les bénéficiaires de l'AAH et le coefficient de variation est plus élevé (157 %). La concentration des restes à charge est relativement comparable avec celle de la population générale pour les trois reconnaissances de handicap (graphique 7). Les dépenses sont plus concentrées pour les bénéficiaires de l'AAH, tandis que leurs restes à charge sont aussi concentrés que ceux des autres bénéficiaires de reconnaissance administrative de handicap. Par ailleurs, le ratio du reste à charge sur la dépense est beaucoup plus élevé pour les bénéficiaires de rentes d'incapacité. Cela peut laisser présager des profils de consommation de soins différents, avec d'un côté des soins qui vont occasionner des dépenses généralement bien prises

Graphique 7. Distribution et concentration des restes à charge en fonction de la reconnaissance de handicap



Champ : Population âgée de 20 ans et plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram. Calculs Irdes.

en charge par l'assurance maladie obligatoire et de l'autre des soins pouvant donner lieu à des dépassements d'honoraires ou des tickets modérateurs importants (soins dentaires, optique, hôpital).

Après avoir neutralisé l'effet de l'âge et du sexe, il apparaît que les dépenses de santé des personnes en AAH sont plus élevées que celles de toutes les autres catégories de personnes, avec ou sans reconnaissance administrative de handicap. Leurs dépenses de santé sont 3,7 fois supérieures à celles des individus sans reconnaissance de handicap, tandis que les dépenses des bénéficiaires d'une pension d'invalidité sont 2,4 fois plus élevées que celles des individus sans reconnaissance de handicap (tableau 8). En revanche, les dépenses des

Tableau 8 Variation des dépenses de santé, des restes à charge et des taux d'effort en fonction de la reconnaissance administrative

	Dépenses		Restes à charge		Taux d'effort	
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2
Reconnaissance administrative de handicap						
Sans reconnaissance	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	2,868 ***	3,695 ***	0,936	1,118	1,386 ***	1,651 ***
Pension d'invalidité	2,877 ***	2,350 ***	1,185 ***	1,026	1,302 ***	1,138 **
Rente d'incapacité	1,223 *	1,104	1,107	1,076	1,070	1,069
Sexe						
Homme		<i>Réf.</i>		<i>Réf.</i>		<i>Réf.</i>
Femme		1,176 ***		1,367 ***		1,484 ***
Age		1,028 ***		1,020 ***		1,020 ***
Effectifs	16 927	16 927	16 927	16 927	16 927	16 927

Lecture : Les personnes en Allocation aux adultes handicapés (AAH) ont des dépenses de soins en moyenne 2,9 fois plus importantes que celles des personnes sans reconnaissance administrative (modèle 1). Après prise en compte de l'âge et du sexe, les dépenses de santé des personnes âgées en AAH sont en moyenne 3,7 fois supérieures à celles des personnes sans reconnaissance administrative (modèle 2).

Champ : Population âgée de 20 ans et plus ayant consommé des soins en 2008.

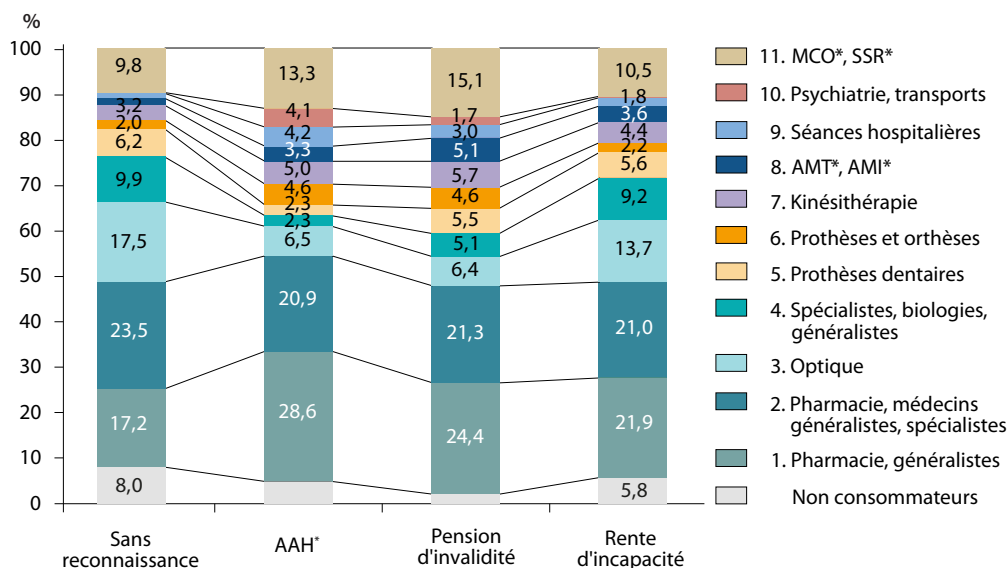
Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram. Calculs Irdes.

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Résultats

Irdes septembre 2019

Graphique 8. Profils de consommation de soins en fonction de la reconnaissance de handicap



* AAH : Allocation aux adultes handicapés ; AMI : Actes médicaux infirmiers ; AMT : Appareils et matériel pour traitement ; MCO : Médecine, chirurgie et obstétrique ; SSR : Soins de suite et de réadaptation.

Champ : Population âgée de 20 ans et plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram. Calculs Irdes.

Tableau 9 Résumé des résultats par poste de dépense (Annexe 3)

	AAH ¹			Pension d'invalidité			Rente d'incapacité		
	Recours	Dépenses	Restes à charge	Recours	Dépenses	Restes à charge	Recours	Dépenses	Restes à charge
Médecins généralistes	+	+	-	++	+	-	NS	NS	NS
Médecins spécialistes	-	+	-	+	+	-	NS	+	NS
Pharmacie	+	++	+	++	++	NS	NS	NS	+
Actes médicaux infirmiers	+	++	NS	+	++	NS	+	NS	NS
Actes infirmiers de soins	++	+	NS	++	NS	NS	NS	NS	NS
Kinésithérapie	+	++	-	++	+	-	NS	+	-
Optique	NS	-	-	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Prothèses dentaires	NS	NS	-	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Prothèses et orthèses	+	++	NS	+	+	NS	NS	NS	NS
AMT ²	+	++	NS	+	+	NS	NS	NS	NS
Biologie	NS	+	-	+	+	-	NS	NS	NS
Transport	++	+	-	++	+	-	NS	NS	NS
Hôpital MCO ³	+	+	NS	++	+	NS	NS	NS	NS
Hôpital SSR ⁴	+++	+	NS	++	+	NS	NS	NS	NS
Hôpital psychiatrique	+++	++	NS	++	+	NS	NS	+	+
Traitements et cures ambulatoires	+	+++	++	++	+	NS	NS	--	--

¹ AAH : Allocation aux adultes handicapés ; ² AMT : Appareils et matériel pour traitement ; ³ MCO : Médecine, chirurgie et obstétrique ; ⁴ SSR : Soins de suite et de réadaptation.

Champ : Population âgée de 20 ans et plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram. Calculs Irdes.

bénéficiaires de rentes d'incapacité ne se distinguent pas significativement de celles des individus sans reconnaissance de handicap.

En dépit des dépenses plus élevées des bénéficiaires de l'AAH et de celles des bénéficiaires de pensions d'invalidité, leurs restes à charge ne sont pas significativement différents de ceux des individus sans reconnaissance de handicap. Toutefois, le mécanisme qui permet d'écarter les restes à charge n'est pas identique dans les deux cas de figure. S'agissant des titulaires de pensions d'invalidité, ils bénéficient, comme les titulaires d'une rente d'incapacité, d'une prise en charge intégrale de leurs dépenses de santé conférée par leur reconnaissance administrative de handicap. Au contraire, les bénéficiaires de l'AAH ne peuvent compter que sur leur(s) ALD pour bénéficier d'une prise en charge de leurs dépenses de santé, dans la limite du périmètre conféré par leur(s) maladie(s) exonérante(s). Les bénéficiaires de l'AAH sont plus fréquemment en ALD que les bénéficiaires des autres reconnaissances de handicap : 64,2 % pour les bénéficiaires de l'AAH *versus* 52,9 % pour les bénéficiaires de pensions d'invalidité et 24,8 % pour les bénéficiaires de rentes d'incapacité. Cette fréquence plus élevée des ALD permet d'écarter les restes à charge des individus bénéficiaires de l'AAH. Toutefois, compte tenu des dépenses élevées, les restes à charge moyens des bénéficiaires de l'AAH stabilisés autour d'une moyenne non significativement différente de la moyenne des restes à charge des individus sans reconnaissance administrative de handicap ne doivent pas faire oublier des situations de restes à charge potentiellement très élevés pour certains titulaires de l'AAH, dont l'état de santé serait fortement dégradé mais ne leur permettrait pas pour autant de bénéficier d'une ALD.

L'absence de différence notable entre les niveaux de restes à charge moyens des différents titulaires de reconnaissance administrative de handicap par rapport à ceux des individus sans reconnaissance ne doit pas occulter des disparités élevées de taux d'effort : les bénéficiaires de l'AAH affichent un taux d'effort 65 % plus élevé que celui des individus sans reconnaissance administrative de handicap tandis que les bénéficiaires d'une pension d'invalidité sont caractérisés par un taux d'effort plus élevé de seulement 13,8 % par rapport à cette même référence. Le taux d'effort des bénéficiaires de l'AAH est le plus élevé, car s'ils endossent des restes à charge dont les montants ne sont certes pas significativement différents de ceux des autres individus, avec ou sans reconnaissance administrative de handicap, ils perçoivent des revenus en moyenne significativement plus faibles que ceux des autres individus, toutes catégories confondues.

3.1.3. Profils de consommation et postes de dépenses

Les bénéficiaires de l'AAH (graphique 8) sont presque aussi nombreux en proportion que les bénéficiaires de rentes d'incapacité (respectivement 56 % et 56,5 %) à abriter des consommateurs de soins de ville de type 1 (pharmacie et médecins généralistes), 2 (pharmacie, médecins généralistes et spécialistes) et 4 (médecins spécialistes, biologie et médecins généralistes), tandis que les bénéficiaires de pensions d'invalidité sont moins nombreux dans ce cas (52 %) [Graphique 8]. Toutefois, si on regarde comment ces postes de consommation de ville pèsent sur les dépenses (tableau 9), on remarque que les bénéficiaires de l'AAH et de pensions d'invalidité se ressemblent davantage que les bénéficiaires de rentes d'incapacité qui ne se distinguent pas des assurés sans reconnaissance administrative de handicap. Au contraire, les bénéficiaires de l'AAH et les bénéficiaires de pensions d'invalidité ont plus de dépenses de médecins généralistes, de spécialistes, beaucoup plus de dépenses de pharmacie et de dépenses en lien avec les actes médicaux infirmiers, par rapport à celles des individus sans reconnaissance administrative et à ceux qui ont une rente d'incapacité du travail (tableau 9).

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap... Résultats

Irdes septembre 2019

Tableau 10 Statistiques descriptives des personnes recourant à l'aide humaine avant et après 60 ans

	Sans aide humaine			Classe 1			Classe 2			Classe 3			Classe 4					
	20-59 ans ≥			60 ans ≥			20-59 ans ≥			60 ans ≥			20-59 ans ≥			60 ans ≥		
	20-59 ans	60 ans ≥	Ensemble	20-59 ans	60 ans ≥	Ensemble	20-59 ans	60 ans ≥	Ensemble	20-59 ans	60 ans ≥	Ensemble	20-59 ans	60 ans ≥	Ensemble	20-59 ans	60 ans ≥	Ensemble
Homme	495	489	493	348	234	274	38	207	257	395	328	343	656	343	432	656	343	432
Femme	50,5	51,1	50,7	65,2	76,6	72,6	62	79,3	74,3	60,5	67,2	65,7	34,4	65,7	56,8	34,4	65,7	56,8
Age moyen	40	70	47	45	77	66	43	81	70	44	80	71	38	81	69	38	81	69
Nombre de personnes dans le ménage																		
1 personne	11,6	27,8	15,5	17,8	48	37,6	12,8	51,8	40,4	6,9	39	31,5	3,1	18,3	14	3,1	18,3	14
2 personnes	25,9	63,8	35,1	31,6	43	39,1	30,3	36,9	34,9	35,8	47,6	44,9	30,6	59,9	51,5	30,6	59,9	51,5
3 personnes ou plus	62,5	8,5	49,4	50,5	8,9	23,4	56,8	11,4	24,6	57,2	13,4	23,6	66,3	21,8	34,5	66,3	21,8	34,5
Tranche de revenus par unité de consommation																		
< 973 euros	23,4	23,5	23,4	40,4	39,4	39,8	51,6	39,1	42,7	45,1	41,8	42,6	38,2	34,3	35,4	38,2	34,3	35,4
Entre 973 et 1 374 euros	24,4	25,8	24,8	24	27,5	26,3	23,3	29,7	27,8	26,9	30,4	29,6	27,4	23,3	24,5	27,4	23,3	24,5
Entre 1 374 et 1 927 euros	26,4	23,5	25,7	21	18,2	19,2	11,9	18,6	16,7	13,5	15,9	15,3	18,7	24,7	23	13,5	18,7	24,7
> 1 927 euros	25,8	27,1	26,1	14,6	14,8	14,8	13,1	12,7	12,8	14,5	11,9	12,5	15,8	17,7	17,2	14,5	15,8	17,2
Type d'aide humaine reçue																		
Pas d'aide humaine	100	100	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aide de l'entourage	0	0	0	81,1	51,3	61,7	71,5	41,6	50,4	72,7	30,7	40,5	55,3	20	30	55,3	20	30
Aide professionnelle	0	0	0	12,2	34,3	26,6	5,7	10,2	8,9	3,6	6,2	5,6	4	4,4	4,3	3,6	4,4	4,3
Aide de l'entourage et professionnelle	0	0	0	6,7	14,3	11,7	22,8	48,2	40,8	23,7	63,1	53,9	40,7	75,6	65,7	40,7	75,6	65,7
Profil de limitations fonctionnelles																		
Pas de limitation	91,4	71,7	86,6	24,6	12,5	16,7	8,6	4,1	5,4	4,7	0,7	1,6	0,7	0	0,2	0,7	0	0,2
Limitations :																		
motrices	3,7	16	6,7	47,2	57,1	53,7	27,4	39,6	36	42	40,6	40,9	42,9	18,5	25,5	42,9	18,5	25,5
Pim*	1,0	0,8	0,9	7,1	1,6	3,5	21,7	3,7	9	4,9	1,8	2,5	0,4	0,3	0,3	0,4	0,3	0,3
sensorielles	2,8	6,2	3,6	4,8	3,9	4,2	5,2	2,9	3,6	0,7	0	0,2	0	0,1	0,1	0,7	0,1	0,1
motrices et Pim	0,3	0,6	0,4	4,9	3,5	4	12,8	7,8	9,2	22,8	11,9	14,5	26,4	26,3	26,3	22,8	26,3	26,3
motrices et sensorielles	0,5	3,8	1,3	6,3	17,1	13,3	8,5	30,1	23,8	11,6	29,3	25,2	12,6	13,5	13,2	11,6	13,5	13,2
Pim et sensorielles	0,2	0,4	0,2	2,1	0,9	1,3	9,8	0,9	3,5	1,2	0,5	0,6	0,5	0,3	0,4	1,2	0,5	0,4
motrices, Pim et sensorielles	0,1	0,4	0,1	2,9	3,4	3,2	6	10,9	9,5	12,2	15,2	14,5	16,5	40,9	34	12,2	15,2	40,9
Etat de santé déclaré																		
Très bon	39,5	12,3	32,9	6,5	1,7	3,4	4,8	1,6	2,6	5,3	0,4	1,5	0	0,2	0,1	5,3	0,4	0,2
Bon	41,7	40,9	41,5	19,8	11,7	14,5	24,4	11,5	15,3	13	5,7	7,4	23	4,8	9,9	13	5,7	4,8
Assez bon	14,3	36	19,6	30,5	46,3	40,9	21,5	36	31,8	19,2	29,8	27,3	19,3	20,2	19,9	19,2	29,8	20,2
Mauvais	4	9,9	5,4	34,8	34,6	34,7	41	40	40,3	46,6	44,7	45,1	36,7	47,1	44,1	46,6	44,7	47,1
Très mauvais	0,4	0,8	0,5	7,6	5,7	6,3	8,2	10,9	10,1	15,8	18,3	17,7	18,9	27	24,7	15,8	18,3	27
Ne sait pas	0	0,1	0	0,8	0,1	0,3	0	0	0	0,1	1,1	0,9	2,2	0,8	1,2	0,1	1,1	0,8
Affection de longue durée																		
Non	92	66,9	85,9	55,1	45,5	48,8	46,2	36,5	39,3	27,2	23,5	24,3	26,9	12,2	16,4	27,2	23,5	12,2
Oui	8	33,1	14,1	44,9	54,5	51,2	53,8	63,5	60,7	72,8	76,5	75,7	73,1	87,8	83,6	72,8	76,5	73,1
Complémentaire santé																		
Non	6,8	5,5	6,5	10,2	7,9	8,7	9,1	7,8	8,2	8,9	14	12,9	10,2	12,9	12,1	8,9	14	10,2
Oui	93,2	94,5	93,5	89,8	92,1	91,3	90,9	92,2	91,8	91,1	86	87,1	89,8	87,1	87,9	91,1	86	87,1
Effectifs total brut	9 082	4 096	13 178	1 090	1 392	2 482	284	513	797	297	848	1 145	103	345	448	297	848	1 145
Effectifs total pondéré	31 866 955	10 174 555	42 041 511	910 126	1 712 621	2 622 747	198 400	480 360	678 761	186 198	614 892	801 091	72 881	182 749	255 630	186 198	614 892	801 091
Pourcentage pondéré	68,68	21,93	90,61	1,96	3,69	5,65	0,43	1,04	1,46	0,4	1,33	1,73	0,16	0,39	0,55	0,4	1,33	1,73

* Limitations psychiques, intellectuelles ou mentales.

Champ : Personnes ayant déclaré recourir à l'aide humaine.

Source : Enquête HSM 2008. Caéculs Irdes.

Les bénéficiaires de l'AAH ont des dépenses plus fortement impactées par les actes infirmiers de soins et surtout les dépenses de kinésithérapie, de prothèses et orthèses, d'appareils et matériels pour traitement, les dépenses pour hospitalisation en psychiatrie et les dépenses occasionnées par les traitements et cures ambulatoires (tableau 9). Que ces postes pèsent plus lourdement sur les dépenses des bénéficiaires de l'AAH n'est guère surprenant car ils sont, comme les bénéficiaires de pensions d'invalidité, plus souvent constitués de profils de consommation en lien avec le handicap (profils 6, 7, 8, 9, 10) comparativement aux titulaires d'une rente d'incapacité : ils sont 21 % dans cette configuration (20 % pour les bénéficiaires de pensions d'invalidité) *versus* seulement 12 % pour les bénéficiaires de rentes d'incapacité. Les bénéficiaires de l'AAH affichent d'autres particularités : le profil 9 (Traitements et cures ambulatoires, transport) est un peu plus fréquent que pour les autres reconnaissances administratives de handicap (4 % *versus* 2,95 % pour les bénéficiaires d'une pension d'invalidité et 1,8 % pour les titulaires d'une rente d'incapacité) tandis que le profil 5 (prothèses dentaires) et le profil 3 (optique) sont nettement sous-représentés dans cette population. Le poste optique contribue négativement aux dépenses des bénéficiaires de l'AAH.

L'analyse fine des postes qui contribuent positivement et/ou négativement aux restes à charge des personnes bénéficiant de différentes formes de reconnaissance administrative de handicap permet de constater que derrière une stabilité des niveaux moyens de restes à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire se dissimule une variabilité forte de la structure des restes à charge selon le type de reconnaissance administrative de handicap. La pharmacie et les traitements et cures ambulatoires pèsent particulièrement sur le reste à charge des titulaires de l'AAH qui ne bénéficient pas d'une prise en charge de leurs dépenses par l'assurance maladie obligatoire comme les bénéficiaires de pensions d'invalidité ou de rentes d'incapacité, à moins d'être admis en ALD et, dans ce cas, pour le seul périmètre de la pathologie exonérante. Le régime de prise en charge moins favorable des bénéficiaires de l'AAH peut les amener à supporter de forts restes à charge sur certains postes et les contraindre à réaliser des arbitrages sur d'autres postes (l'optique et les prothèses dentaires augmentent les restes à charge) afin de maintenir à un niveau acceptable le reste à charge global. Ces observations sur les postes « Optique » et « Prothèses dentaires » sont spécifiques aux bénéficiaires de l'AAH et ne se vérifient ni chez les titulaires de pensions d'invalidité ni chez les titulaires de rentes d'incapacité.

3.2. Caractéristiques et consommation de soins des personnes qui recourent à de l'aide humaine avant et après 60 ans

Nous utilisons la classification des 6 772 personnes âgées de 20 ans et plus qui, dans l'enquête HSM, déclarent recourir à de l'aide humaine pour réaliser les activités de la vie quotidienne (cf. 2.2.1. Typologie du recours à l'aide humaine).

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

Les personnes qui recourent à l'aide humaine pour réaliser les activités de la vie quotidienne sont en moyenne plus âgées que celles qui n'y recourent pas (66 ans en moyenne dans la classe 1 de recours à l'aide humaine *versus* 47 ans pour la population qui ne recourt pas à l'aide humaine) [tableau 10]. La population qui recourt à l'aide humaine est composée d'une majorité de femmes (72,6 % dans la classe 1, 74,3 % dans la classe 2, 65,7 % dans la classe 3 et 56,8 % dans la classe 4 *versus* seulement 50,7 % dans la population qui ne recourt pas à l'aide humaine).

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Résultats

Irdes septembre 2019

La proportion de ménages composés d'une seule personne est significativement plus élevée dans les trois premières classes de recours à l'aide humaine que dans la classe 4 ou dans l'ensemble de la population qui ne recourt pas à l'aide humaine (tableau 10). La population qui recourt à l'aide humaine perçoit des revenus en moyenne beaucoup plus faibles que celle qui n'en a pas besoin : la proportion de personnes qui se situent dans la première tranche de revenus (moins de 973 euros mensuels) est presque deux fois plus importante dans les trois premières classes de recours à l'aide humaine à la proportion qui prévaut pour la population qui n'y recourt pas.

Dans les deux classes de plus faible recours à l'aide humaine, l'aide provient essentiellement du seul entourage ou de l'aide professionnelle exclusive, moins fréquemment d'une combinaison des deux types d'aide, ce qui est cohérent avec des besoins d'aide qui restent modérés dans ces classes. La proportion d'aide assurée par l'aide professionnelle exclusive y croît significativement après 60 ans tandis que la proportion d'aide qui repose sur l'entourage diminue de façon importante. Dans les classes 3 et 4 de recours à l'aide humaine, celle-ci repose beaucoup plus souvent sur une combinaison de l'aide fournie par un proche aidant et de l'aide professionnelle et devient même majoritaire : 53,9 % de la population de la classe 3 y a recours et c'est le cas de 65,7 % de la population de la classe 4. La combinaison des deux aides est davantage plébiscitée par les individus de ces classes qui sont âgés de 60 ans et plus que par les individus âgés de 20 à 59 ans. En contrepartie, l'aide exclusive, qu'elle provienne de l'entourage seul ou des professionnels, devient moins fréquente dans les classes 3 et 4 qu'elle ne l'est dans les deux premières classes de recours à l'aide humaine.

Dans la première classe de recours à l'aide humaine, les individus présentent essentiellement des limitations fonctionnelles motrices exclusives (53,7 % de la population de la classe 1) tandis que les combinaisons associant plusieurs types de limitations sont plus rares (13 % seulement d'individus combinant des limitations motrices et sensorielles). Lorsque le degré de recours à l'aide humaine s'intensifie, les combinaisons associant plusieurs types de limitations deviennent plus fréquentes. Ainsi, dans la classe 3 de recours à l'aide humaine, 25 % des individus déclarent des limitations motrices et sensorielles tandis que 14,5 % des individus font état d'une combinaison de limitations motrices, psychiques intellectuelles et mentales, et de limitations sensorielles. Dans la classe 4 de recours à l'aide humaine, la combinaison associant limitations motrices, limitations psychiques intellectuelles et mentales, et limitations sensorielles devient même majoritaire : 34 % des individus de cette classe déclarent cette combinaison, contre 25,5 % de limitations motrices exclusives ou 26,3 % de limitations motrices et de limitations psychiques, intellectuelles et mentales.

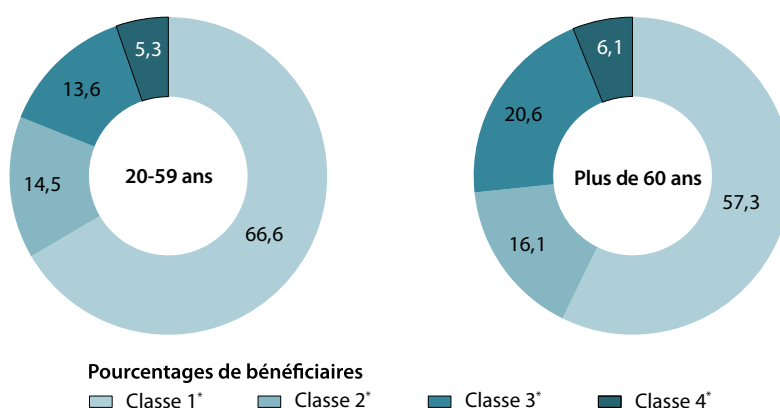
Les personnes qui recourent à l'aide humaine pour réaliser les activités de la vie quotidienne sont significativement plus nombreuses à déclarer un état de santé dégradé, et ce quelle que soit la tranche d'âge considérée – moins de 60 ans ou plus de 60 ans. Parmi les personnes âgées de moins de 60 ans, entre 70,7 % (dans la classe 2) et 81,6 % (dans la classe 3) des individus déclarent un état de santé dégradé contre seulement 18,7 % des individus qui ne recourent pas à l'aide humaine de cette tranche d'âge. Parmi les personnes âgées de 60 ans et plus, 46,7 % des individus qui n'ont pas besoin d'aide humaine déclarent un état de santé dégradé tandis que la proportion est beaucoup plus importante pour les personnes qui déclarent avoir besoin d'aide humaine. Elle varie de 86,6 % dans la classe 1 à 94,3 % dans la classe 4 de recours à l'aide humaine. Les personnes qui ont besoin d'aide humaine déclarent beaucoup plus fréquemment être en ALD que celles qui n'y recourent pas : parmi ces dernières, 14 % d'entre elles déclarent être en ALD, contre 51 % dans la classe 1 de recours à l'aide humaine, 61 % dans la classe 2, 76 % dans la classe 3 et 84 % dans la classe 4. La proportion de personnes en ALD est systématiquement plus élevée chez les personnes âgées de 60 ans et plus comparativement à celles âgées de 20 à 59 ans. Toutefois, l'écart de fréquence entre les deux tranches d'âge est le plus accentué pour les personnes qui

ne recourent pas à l'aide humaine (+25 points) et est moins marqué dans la population qui recourt à l'aide humaine (écart de 15 points dans la classe 4, de 10 points dans la classe 1 et dans la classe 2, et écart de 4 points dans la classe 3).

Le taux de couverture par une complémentaire santé des individus qui recourent à l'aide humaine est globalement élevé même s'il est un peu inférieur à celui qui prévaut pour les individus qui n'y recourent pas. L'écart de couverture par une complémentaire santé entre la population qui a besoin d'aide humaine et celle qui n'en a pas besoin a tendance à s'accroître dans les classes dans lesquelles le recours à l'aide humaine est le plus important : dans la classe 4, il existe un écart de presque six points entre les deux populations, à la défaveur des personnes qui recourent le plus à l'aide humaine.

Les personnes âgées de moins de 60 ans qui recourent à l'aide humaine pour réaliser les activités de la vie quotidienne se retrouvent majoritairement dans la classe 1 (67 %) tandis que 57 % des individus âgés de 60 ans et plus qui recourent à l'aide humaine sont dans cette situation (graphique 9). Les proportions d'individus qui se retrouvent dans les classes 2 et 4 varient peu avant et après 60 ans (respectivement entre 14 et 16 % et entre 5 et 6 %). En revanche, la proportion de personnes qui se retrouvent dans la classe 3 est plus élevée après 60 ans (21 %) qu'avant (14 %).

Graphique 9. Ventilation des personnes par groupes de recours à l'aide humaine pour réaliser les activités de la vie quotidienne, avant et après 60 ans



* Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'Activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ).
 Classe 2 : Recours à de l'aide humaine principalement pour les AIVQ et quasiment pas pour les Activités de la vie quotidienne (AVQ).
 Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AIVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées.
 Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AIVQ et d'AVQ.

Lecture : Parmi les personnes âgées de 20 à 59 ans qui recourent à l'aide humaine, 67 % se retrouvent dans la classe 1 de recours à l'aide humaine, tandis que 57 % des personnes âgées de 60 ans et plus figurent dans cette classe

Champ : Population âgée de 20 ans et plus recourant à de l'aide humaine pour réaliser les activités de la vie quotidienne.

Source : Enquête HSM 2008.

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

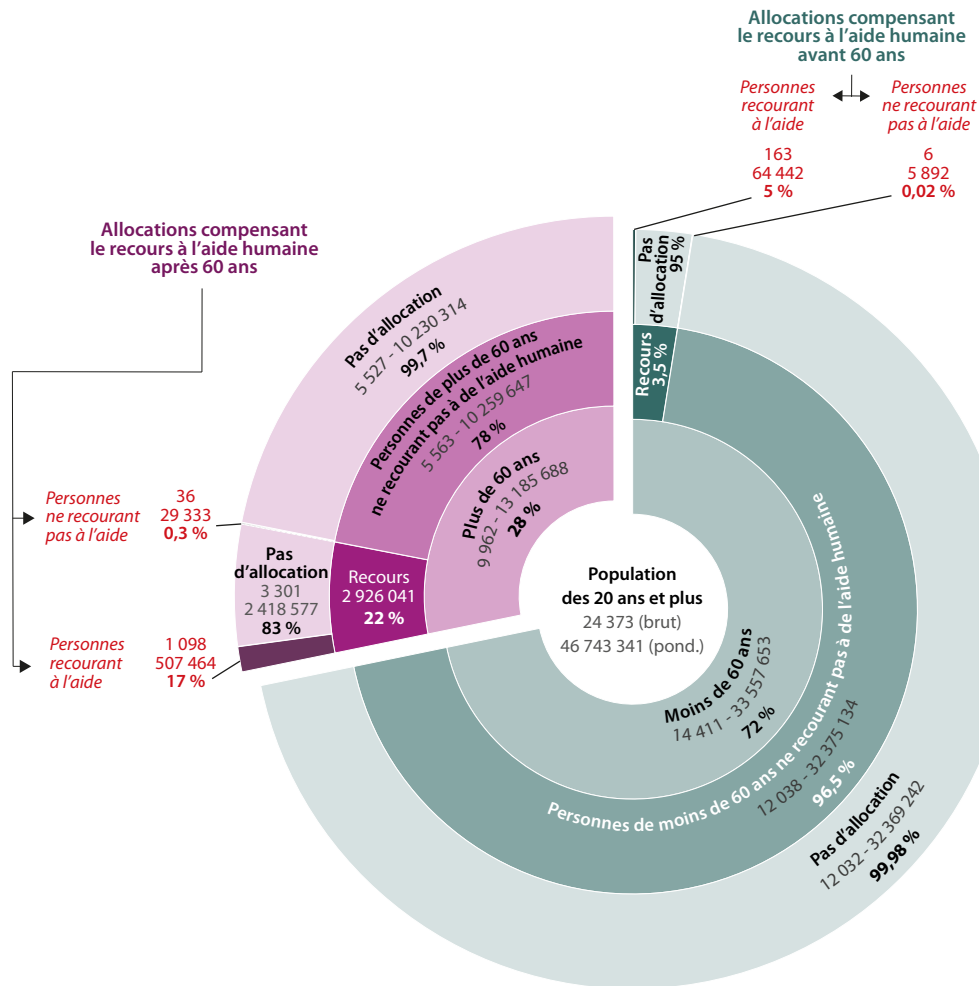
Résultats

Irdes septembre 2019

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

Toutes générations confondues, la part des personnes déclarant recourir à de l'aide humaine et être couvertes par une allocation est restreinte : 18,6 %. On identifie cependant, une plus grande couverture chez les populations âgées de plus de 60 ans (17 % contre 5 % avant 60 ans) [graphique 10]. Des règles distinctes d'attribution des allocations concernées (ACTP, PCH et Apa) peuvent expliquer ces différences. Les critères d'attribution de l'Apa sélectionnent peut-être une population plus large que les bénéficiaires de la PCH. Les moins de 60 ans auraient donc un accès moins aisé à une prestation. Il est aussi possible que les

Graphique 10. Les allocations compensant le recours à l'aide humaine avant et après 60 ans



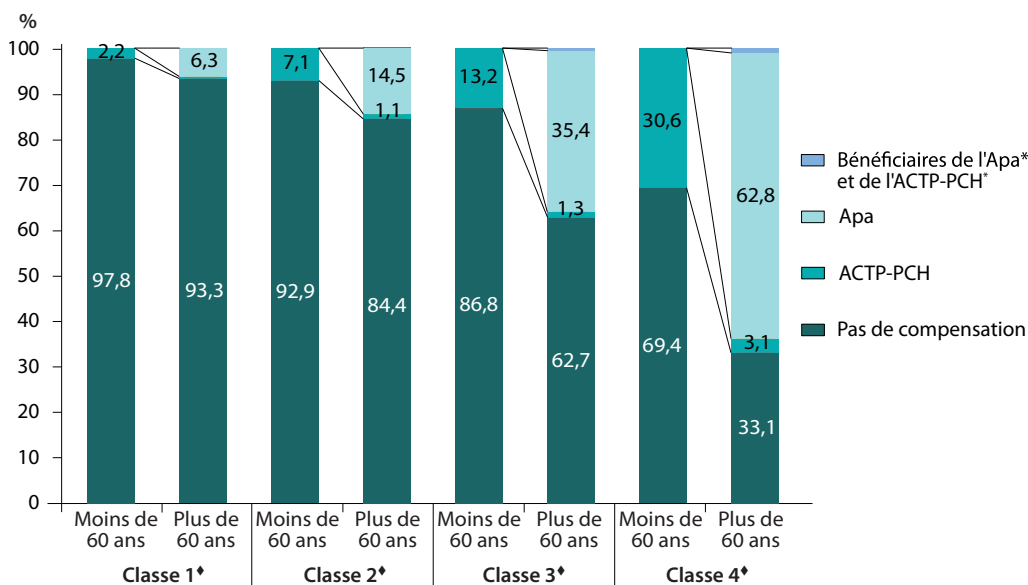
Lecture : Le cercle central présente l'échantillon étudié ; le second, la répartition des individus selon qu'ils aient moins ou plus de 60 ans ; le troisième, la proportion de ces personnes en fonction de leur recours ou non à de l'aide humaine ; le quatrième le pourcentage des bénéficiaires d'une allocation (selon leur groupe d'âge et leur recours ou non à de l'aide humaine). On observe la très faible proportion de personnes qui, recourant à de l'aide humaine, perçoivent une allocation : 5 % des personnes de moins de 60 ans et 17 % des personnes de plus de 60 ans.

Champ : Population âgée de 20 ans et plus.

Source : Enquête HSM 2008

besoins en aide humaine des plus jeunes ne correspondent pas au périmètre d'action de la prestation qui les concerne (besoin pour les activités domestiques, l'accompagnement...). En 2008, la PCH avait une ancienneté de deux ans, sa diffusion était encore très restreinte et l'ACTP est pour sa part soumise à des critères de revenu faible. Enfin, on peut s'interroger sur la variabilité de la couverture par une allocation en fonction du niveau de recours à l'aide humaine. La proportion de population couverte par une allocation tend à croître dans les classes de recours à l'aide humaine plus importante mais la part de personnes couvertes est toujours plus importante pour celles âgées de plus de 60 ans que pour celles de moins de 60 ans (graphique 11). Même dans la classe 4, la part de personnes non couvertes par une allocation demeure très élevée (69 % avant 60 ans et 33 % après). Même si les données actuelles ne permettent pas d'avoir de visibilité sur la totalité des restes à charge liés aux recours à l'aide, l'existence de ces très importantes poches de non couverture par des allocations interroge sur la façon dont les personnes concernées parviennent à financer leur recours à l'aide humaine.

Graphique 11. Compensation du recours à l'aide humaine en fonction des profils de recours et de l'âge



* ACTP-PCH : Allocation compensatrice pour tierce personne-Prestation de compensation du handicap ; Apa : Allocation personnalisée d'autonomie.

- ♦ Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'Activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ).
- Classe 2 : Recours à de l'aide humaine principalement pour les AIVQ et quasiment pas pour les Activités de la vie quotidienne (AVQ).
- Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AIVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées.
- Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AIVQ et d'AVQ.

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

Champ : Population âgée de 20 ans et plus.

Source : Enquête HSM 2008.

3.2.2. Caractéristiques des bénéficiaires de l'ACTP-PCH et de l'Apa

Les personnes qui bénéficient d'une allocation compensant un besoin d'aide pour réaliser les activités de la vie quotidienne ne constituent pas non plus une population homogène, selon que l'on considère les bénéficiaires de l'ACTP-PCH ou les bénéficiaires de l'Apa par rapport à leurs caractéristiques socio-économiques (tableau 11). En effet, il y a une majorité d'hommes (58 %) chez les bénéficiaires de l'ACTP-PCH tandis qu'ils sont minoritaires chez les bénéficiaires de l'Apa (29 %). Les configurations familiales sont également différenciées, avec une part plus importante de personnes seules chez les bénéficiaires de l'Apa (47 % contre seulement 23,3 % chez les bénéficiaires de l'ACTP ou de la PCH).

Les données d'enquête ne permettent pas de savoir précisément pour quel motif la personne a finalement été considérée comme éligible à l'une des prestations, et il est probable que les personnes éligibles aient souvent des polyopathologies, en particulier pour les personnes les plus âgées. Les données permettent toutefois de rendre compte de la prévalence des différentes limitations fonctionnelles des populations de bénéficiaires de l'ACTP-PCH et de l'Apa.

Tableau 11 Comparaison des caractéristiques socio-économiques et des limitations fonctionnelles des bénéficiaires de l'Allocation compensatrice pour tierce personne-Prestation de compensation du handicap (ACTP-PCH) et des bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa)

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

* ACTP-PCH : Allocation compensatrice pour tierce personne-Prestation de compensation du handicap ; ** Apa : Allocation personnalisée d'autonomie.

Lecture : 42 % des bénéficiaires de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH) sont des femmes, tandis que cette proportion passe à 71 % pour les bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa). Plus de 78 % des bénéficiaires de l'Apa sont âgés de 75 ans ou plus, tandis que seuls 9,8 % des bénéficiaires de l'Allocation compensatrice pour tierce personne-Prestation de compensation du handicap (ACTP-PCH) se situent dans cette tranche d'âge.

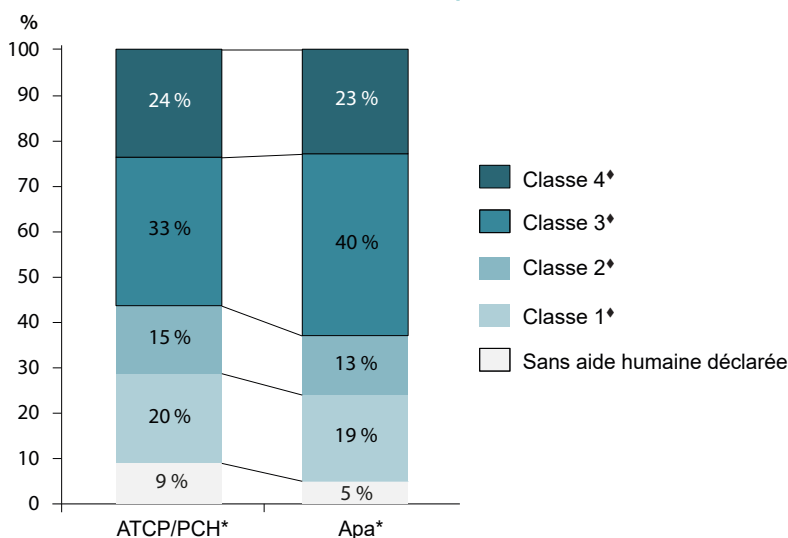
Champ : Population âgée de 20 ans et plus bénéficiant de l'ACTP-PCH ou de l'Apa.

Source : Enquête HSM 2008.

Les profils diffèrent sensiblement : 92 % des bénéficiaires de l'Apa déclarent au moins des limitations motrices contre 72 % chez les bénéficiaires de l'ACTP-PCH (source : HSM 2008). La part de personnes ayant au moins des limitations auditives varie également (35 % Apa, 14 % ACTP-PCH) tandis qu'il n'y pas de différence significative dans la proportion de personnes déclarant des limitations psychiques, intellectuelles ou mentales (Pim) [40% dans chaque population] ni dans celles déclarant des limitations visuelles (environ 30 % dans chaque population).

Nous répartissons les bénéficiaires des allocations ACTP-PCH et Apa en fonction des niveaux de besoins d'aide humaine qu'ils ont déclarés et les projetons selon la classification de recours à l'aide humaine que nous avons réalisée. Que l'on considère les bénéficiaires de l'ACTP-PCH ou ceux qui bénéficient de l'Apa, les besoins d'aide des individus sont très hétérogènes (graphique 12). La logique de la PCH fait qu'elle ne finance pas uniquement de l'aide humaine, il est donc normal de ne pas retrouver l'intégralité de cette population dans les personnes qui recourent à l'aide. Ainsi, 9 % ne déclarent aucun besoin d'aide pour réaliser les activités de la vie quotidienne (graphique 12). En revanche, le principe d'ouverture de droit à l'Apa est la reconnaissance d'un besoin en aide humaine dans les activités de la vie quotidienne. L'essentiel des personnes à l'Apa se retrouvent donc bien dans cette catégorie. Les personnes qui se répartissent dans les deux premières classes de recours à l'aide

Graphique 12. Répartition des bénéficiaires de l'Allocation compensatrice pour tierce personne-Prestation de compensation du handicap (ACTP-PCH) et de l'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa) en fonction de leurs besoins d'aide identifiés à partir de la classification



* ACTP-PCH : Allocation compensatrice pour tierce personne-Prestation de compensation du handicap ; Apa : Allocation personnalisée d'autonomie.

♦ Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ).

Classe 2 : Recours à de l'aide humaine principalement pour les AIVQ et quasiment pas pour les Activités de la vie quotidienne (AVQ).

Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AIVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées.

Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AIVQ et d'AVQ.

Lecture : 9 % des bénéficiaires de l'Allocation compensatrice pour tierce personne-Prestation de compensation du handicap (ACTP-PCH) n'ont pas déclaré de recours à l'aide humaine pour réaliser les activités de la vie quotidienne. Les bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa) ne sont que 5 % dans cette situation. 24 % des bénéficiaires de l'ACTP-PCH et 23 % des bénéficiaires de l'Apa se retrouvent dans la quatrième classe de recours à l'aide humaine.

Champ : Population âgée de 20 ans et plus bénéficiant de l'ACTP-PCH ou de l'Apa.

Source : Enquête HSM 2008.

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Résultats

Irdes septembre 2019

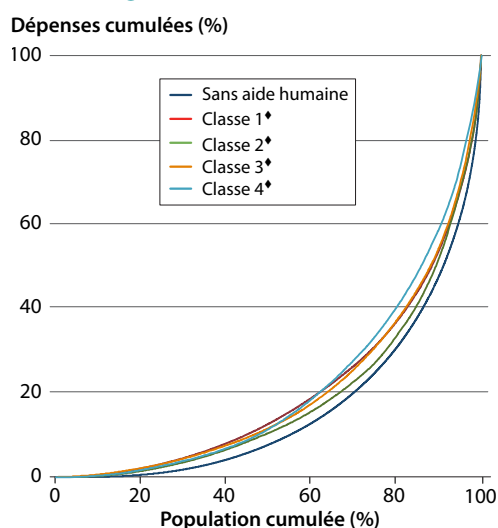
humaine caractérisées par un degré de recours plus faible et portant principalement sur les AIVQ représentent une importante fraction de la population totale des bénéficiaires (35 % pour les bénéficiaires de l'ACTP-PCH et 32 % pour les bénéficiaires de l'Apa). Les bénéficiaires de l'Apa sont nombreux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

3.2.3. Niveaux et structures de dépenses de santé et de restes à charge

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

Les individus qui ne déclarent pas recourir à l'aide humaine affichent une dépense moyenne de santé plutôt faible (1 693 euros) mais un coefficient de variation élevé (234 %) qui annonce une variabilité de la dépense assez forte. Parmi ces personnes qui ne recourent pas à l'aide humaine, plusieurs profils de consommateurs de soins en effet très hétérogènes peuvent cohabiter : des assurés de droit commun faibles consommateurs de soins – essentiellement des soins de ville, à base de consultations de médecins généralistes et de dépenses de pharmacie par exemple – et à l'autre extrémité du spectre, des malades chroniques en ALD dont les dépenses de ville et liées aux hospitalisations peuvent être très élevées. La variation de la dépense de santé est toujours moins importante dans une classe de personnes qui recourent à l'aide humaine, quelle qu'elle soit : c'est ce qu'indique le coefficient de varia-

Graphique 13. Courbes de Lorentz représentant la concentration des dépenses en fonction du degré de recours à l'aide humaine



- * Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'Activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ).
- Classe 2 : Recours à de l'aide humaine principalement pour les AIVQ et quasiment pas pour les Activités de la vie quotidienne (AVQ).
- Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AIVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées.
- Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AIVQ et d'AVQ.

Champ : Population âgée de 20 ans et plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

tion de la dépense toujours plus faible dans chacune des quatre classes par opposition au coefficient de la dépense des individus qui ne recourent pas à l'aide. Les courbes de Lorentz (graphique 13) illustrent bien cette concentration des dépenses plus forte pour les individus qui ne recourent pas à l'aide humaine pour réaliser les activités de la vie quotidienne comparativement à ceux qui y recourent. En filtrant sur les populations qui recourent à l'aide humaine, on retient des niveaux de dépenses plus homogènes que ceux de la population qui n'y recoure pas. De toutes les classes qui recourent à l'aide humaine, c'est dans la classe 4 que la concentration de la dépense est la plus faible, confirmant le diagnostic d'une plus forte homogénéité des dépenses au sein de cette classe.

Les dépenses de santé moyennes des personnes qui recourent à l'aide humaine croissent significativement avec le degré de ce recours, de 5 181 euros dans la classe 1 à 17 485 euros dans la classe 4 (tableau 12). Dans la quatrième classe de recours à l'aide humaine, la médiane de la dépense est élevée (10 220 euros) tandis qu'elle est de niveau plus faible dans les autres classes. En contrepartie, le coefficient de variation de la dépense est faible dans la classe 4 (127 %), ce qui témoigne d'une homogénéité forte des dépenses des individus qui composent cette classe. Les restes à charge sont au contraire fortement hétérogènes au sein de cette classe, ainsi qu'en atteste le coefficient de variation plus élevé (173 %) que celui qui est observé dans les autres classes. Dans la classe 4 dans laquelle le niveau moyen des dépenses est élevé, les restes à charge peuvent être très variables selon que l'individu bénéficie ou non de l'exonération du ticket modérateur conférée par l'ALD, qui impacte

Tableau 12 Statistiques descriptives des dépenses de santé, des restes à charge et des taux d'effort selon le besoin d'aide humaine

		Moyenne	Ecart-type	1 ^{er} quartile	Médiane	3 ^e quartile	coefficient de variation
Pas d'aide	Dépenses	1 693	3 959	217	725	1 771	234 %
	Restes à charge	472	663	73	254	620	140 %
	Taux d'effort	3,0 %	4,7 %	0,4 %	1,5 %	3,7 %	157 %
Classe 1*	Dépenses	5 181	8 744	1 287	2 768	5 385	169 %
	Restes à charge	816	1 024	216	507	1 061	125 %
	Taux d'effort	6,1 %	7,4 %	1,5 %	3,8 %	7,8 %	121 %
Classe 2*	Dépenses	7 525	13 096	1 565	3 303	7 829	174 %
	Restes à charge	867	1 072	180	536	1 124	124 %
	Taux d'effort	6,7 %	8,2 %	1,4 %	3,8 %	9,2 %	123 %
Classe 3*	Dépenses	10 874	16 372	2 457	5 303	12 493	151 %
	Restes à charge	817	966	217	497	1 073	118 %
	Taux d'effort	6,9 %	9,2 %	1,7 %	3,7 %	8,6 %	133 %
Classe 4*	Dépenses	17 485	22 129	3 801	10 220	22 044	127 %
	Restes à charge	854	1 476	148	373	793	173 %
	Taux d'effort	5,8 %	8,9 %	0,9 %	2,9 %	6,7 %	152 %
Population générale (plus de 20 ans)	Dépenses	2 221	5 664	250	825	2 119	255 %
	Restes à charge	505	716	80	276	655	142 %
	Taux d'effort	3,3 %	5,2 %	0,5 %	1,6 %	4,1 %	157 %

* Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'Activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ).

Classe 2 : Recours à de l'aide humaine principalement pour les AIVQ et quasiment pas pour les Activités de la vie quotidienne (AVQ).

Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AIVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées.

Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AIVQ et d'AVQ.

Lecture : Les dépenses de santé des individus ne déclarant pas de recours à l'aide humaine pour réaliser les activités de la vie quotidienne sont en moyenne de 1 693 euros. Elles s'élèvent en moyenne à 5 181 euros dans la première classe de recours à l'aide humaine, à 7 525 euros dans la deuxième classe, à 10 874 euros dans la troisième classe et 17 485 euros dans la quatrième classe de recours à l'aide humaine.

Champ : Population âgée de 20 ans et plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Résultats

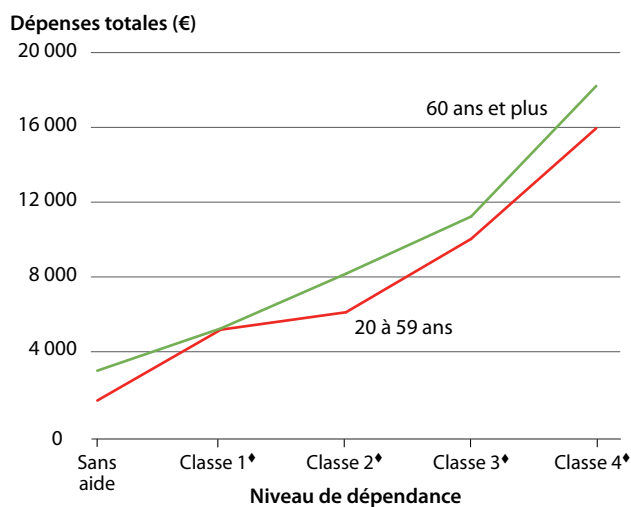
Irdes septembre 2019

fortement le niveau des restes à charge (faibles ou élevés). Dans cette classe 4, seuls 16 % des assurés ne sont pas couverts par l'ALD (27 % avant 60 ans, 12 % après). Mais pour eux, le reste à charge peut être élevé compte tenu des niveaux de dépenses moyens dans la classe. L'avantage octroyé par l'ALD est significatif aussi dans les autres classes de recours à l'aide humaine. C'est le principal levier qui permet d'écarter les restes à charge dans toutes les classes de recours à l'aide humaine. Il est cependant moins visible quand le niveau moyen des dépenses de la classe est plus faible.

Les restes à charge moyens sont nettement moins impactés par le degré de recours à l'aide humaine que ne le sont les dépenses : ils sont presque stables dans toutes les classes de recours à l'aide humaine, de 816 euros dans la classe 1 à 854 euros dans la classe 4, à un niveau tout de même doublé par rapport à celui observé pour les individus qui ne recourent pas à l'aide humaine (472 euros en moyenne). Ces restes à charge plus élevés pour les individus qui recourent à l'aide humaine pèsent sur les taux d'effort : en moyenne, ils sont environ deux fois plus élevés pour eux que pour les individus qui ne recourent pas à l'aide (entre 6 % et 7 % en fonction de la classe de recours à l'aide humaine *versus* 3 %).

Les dépenses de santé des individus âgés de plus de 60 ans sont en moyenne toujours supérieures à celles des individus âgés de 20 à 59 ans (graphique 14). Par ailleurs, quelle que soit la tranche d'âge considérée, avant ou après 60 ans, les dépenses de santé moyennes augmentent en fonction du degré de recours à l'aide humaine.

Graphique 14. Dépense moyenne par niveau de dépendance avant et après 60 ans



- ♦ Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'Activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ).
- Classe 2 : Recours à de l'aide humaine principalement pour les AIVQ et quasiment pas pour les Activités de la vie quotidienne (AVQ).
- Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AIVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées.
- Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AIVQ et d'AVQ.

Champ : Population âgée de 20 ans et plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Nous poursuivons l'analyse des dépenses de santé en distinguant cette fois-ci les effets de l'âge et du degré de recours à l'aide humaine.

Les individus de moins de 60 ans qui recourent à l'aide humaine pour réaliser les activités de la vie quotidienne ont des dépenses de santé significativement plus élevées que celles des individus du même âge qui n'en ont pas besoin. Les individus de la classe 1 ont des dépenses 3,7 fois plus élevées (tableau 13) que celles des personnes sans recours à l'aide humaine, tandis que le différentiel est encore plus marqué pour les autres classes de recours à l'aide humaine : les dépenses sont presque 7 fois plus élevées dans la classe 3 et plus de 11 fois plus élevées dans la classe 4 (tableau 13).

Chez les personnes sans aide humaine pour réaliser les activités de la vie quotidienne, les dépenses totales de santé sont en moyenne 2,1 fois plus élevées pour les personnes âgées de 60 ans et plus comparées à celles âgées de 20 à 59 ans. Les termes d'interaction sont significativement différents pour la dépense totale, ce qui signifie que l'effet de l'âge pour les personnes qui recourent à l'aide humaine est réduit par rapport à celui observé pour les personnes n'y recourant pas. Ainsi, pour les personnes appartenant à la classe 1, les dépenses de santé après 60 ans sont quasiment stationnaires par rapport à celles qui prévalent avant

Tableau 13 Variation des dépenses de santé, des restes à charge et des taux d'effort en fonction du niveau de recours à l'aide humaine et de l'âge

	Dépenses		Restes à charge		Taux d'effort	
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2
Recours à l'aide humaine						
Sans aide	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Classe 1 [♦]	2,261 ***	3,719 ***	1,287 ***	1,537 ***	1,533 ***	1,938 ***
Classe 2 [♦]	3,200 ***	4,401 ***	1,333 ***	1,618 **	1,640 ***	2,102 ***
Classe 3 [♦]	4,403 ***	6,994 ***	1,197 ***	1,615 ***	1,610 ***	2,100 ***
Classe 4 [♦]	7,305 ***	11,256 ***	1,291	1,570 *	1,408 **	1,823 **
Age						
20-59 ans	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
60 ans et plus	1,792 ***	2,122 ***				
Interaction âge et aide humaine						
20-59 ans	Sans aide		Réf.	Réf.	Réf.	
	Classe 1 ¹		0,464 ***	0,777 **	0,710 ***	
60 ans	Classe 2 ²		0,615 **	0,771	0,710 *	
et plus	Classe 3 ³		0,522 ***	0,685 ***	0,706 **	
	Classe 4 ⁴		0,529 **	0,77	0,702	
Effectifs	16 927	16 927	16 927	16 927	16 927	16 927

♦ Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'Activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ).

Classe 2 : Recours à de l'aide humaine principalement pour les AIVQ et quasiment pas pour les Activités de la vie quotidienne (AVQ).

Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AIVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées.

Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AIVQ et d'AVQ.

Lecture : Les individus âgés de 20 à 59 ans qui recourent à l'aide humaine ont des dépenses 3,7 fois plus élevées que celles des individus de la même tranche d'âge qui n'y recourent pas. Les personnes âgées de 60 ans et plus situées dans la classe 1 de recours à l'aide humaine ont des dépenses de santé dont le montant n'est pas significativement différent de celui observé pour les individus âgés de 20 à 59 ans de la même classe de recours ($0,984=2,122*0,464$) tandis qu'elles augmentent modérément dans les autres classes : +30,5 % dans la classe 2 ($2,122*0,615$), +10,8 % dans la classe 3 ($2,122*0,522$) et +12 % dans la classe 4 ($2,122*0,529$).

Champ : Population âgée de 20 ans et plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Résultats

Irdes septembre 2019

60 ans (multipliées par 0,984 [2,122*0,464]), tandis qu'elles augmentent modérément dans les autres classes (+30,5 % dans la classe 2 [2,122*0,615], +10,8 % dans la classe 3 [2,122*0,522] et +12 % dans la classe 4 [2,122*0,529]).

Certains postes de dépenses augmentent quand les individus recourent à l'aide humaine mais pas d'autres (annexe 3). Pour les individus âgés de moins de 60 ans, le fait de recourir à l'aide humaine n'a aucun impact sur deux postes de dépenses : l'optique et les prothèses dentaires, dont les montants moyens ne sont donc pas significativement différents que les individus recourent ou non à l'aide humaine. En revanche, pour tous les autres postes, le fait de recourir à l'aide humaine impacte le niveau des dépenses affichées par les individus. Toutefois, on peut encore distinguer deux catégories de soins selon que le degré de recours à l'aide humaine impacte ou non le niveau des dépenses. Dans une première catégorie principalement constituée à partir des soins courants (médecins généralistes, spécialistes, pharmacie, biologie) ainsi que des transports, des hospitalisations en SSR, et des traitements en cures ambulatoires, les individus qui recourent à l'aide humaine ont des dépenses plus élevées en moyenne que les individus qui ne recourent pas mais sans gradation de la dépense en fonction du degré de recours à l'aide. Ainsi, par exemple, les dépenses de médecins généralistes et de spécialistes sont doublées pour les individus qui recourent à l'aide humaine quel que soit leur degré de recours. Pour certains autres postes de dépenses, en revanche, le niveau des dépenses augmente significativement en fonction du degré de recours à l'aide humaine. Ce sont majoritairement des postes qui sont davantage en lien avec le handicap tels que les actes médicaux infirmiers, de kinésithérapie, les dépenses liées aux prothèses et orthèses, appareils et matériel pour traitement ainsi que les hospitalisations MCO. L'amplitude des dépenses selon les classes de recours à l'aide humaine peut être particulièrement accentuée pour certains postes : les dépenses en actes médicaux infirmiers, par exemple, sont 3,7 fois plus élevées pour les individus de moins de 60 ans qui sont dans la première classe de recours à l'aide humaine comparativement à la population du même âge qui ne recourt pas à l'aide humaine tandis qu'elles sont 22 fois plus élevées dans la classe 4 de recours à l'aide humaine par rapport à la même population de référence.

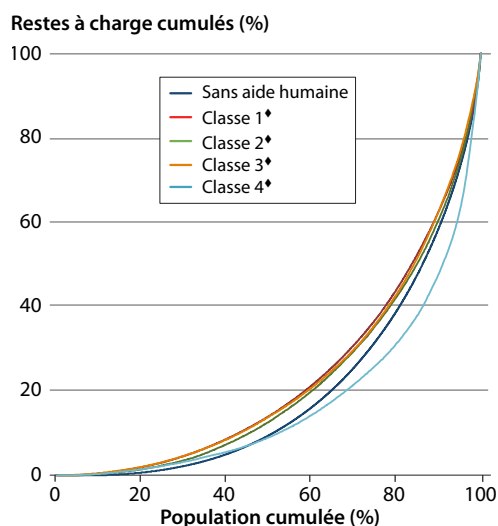
Il n'existe qu'un seul poste pour lequel les dépenses n'augmentent pas significativement après 60 ans pour les personnes qui recourent à l'aide humaine comparativement à leurs homologues plus jeunes : les dépenses d'hospitalisation en SSR. Pour tous les autres postes, les dépenses augmentent après 60 ans comparativement au niveau moyen qui prévaut avant cet âge. On peut toutefois distinguer deux catégories principales de postes : les postes pour lesquels l'augmentation qui survient après 60 ans est de même ampleur que les individus recourent ou non à l'aide humaine et ceux pour lesquels l'amplitude de l'augmentation est plus modérée que celle qui prévaut pour les individus qui ne recourent pas à l'aide humaine. La première catégorie est constituée des consultations de médecins généralistes, des dépenses d'optique, de biologie et d'hospitalisations MCO. La deuxième catégorie est composée de postes pour lesquels l'effet de l'âge sur les dépenses est moins fort pour les individus qui recourent à l'aide humaine que pour ceux qui n'y recourent pas. Entrent dans cette catégorie les postes suivants : soins de spécialistes, pharmacie, appareils et matériels pour traitement, transports, traitements et cures ambulatoires, autres prothèses et orthèses. S'agissant de ce dernier poste, on note que l'augmentation des dépenses après 60 ans est d'autant plus faible que le degré de recours à l'aide humaine est élevé. Dans les classes de fort recours à l'aide humaine, les dépenses de prothèses et d'orthèses ont déjà été engagées avant 60 ans, ce qui explique l'augmentation modérée de ce poste après cet âge.

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

Par rapport aux niveaux de dépenses exposés, les restes à charge moyens sont moins fortement différenciés en fonction du degré de recours à l'aide humaine. En effet, on observe des niveaux de restes à charge moyens qui varient de 816 euros dans la classe 1 de recours à l'aide humaine à 854 euros dans la classe 4 (tableau 12). De toutes les classes de recours à l'aide humaine, la classe 4 est celle dans laquelle la médiane est la plus faible et le coefficient de variation le plus élevé.

Les individus de la classe 4, qui se distinguent par le plus faible niveau de concentration de la dépense, sont au contraire ceux qui ont le reste à charge le plus concentré, encore davantage que la population qui ne recourt pas à l'aide humaine (graphique 15). Cette situation témoigne d'une homogénéité de la dépense mais d'une hétérogénéité des prises en charge selon que les individus bénéficient ou non de l'exonération du ticket modérateur conférée par l'ALD. Les bénéficiaires de l'ALD bénéficient d'un écrêtement de leur reste à charge compte tenu de la prise en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire des dépenses de santé qui se situent dans le périmètre de la pathologie exonérante. Dans cette classe, seulement 16,4 % des individus ne sont pas en ALD mais ces individus peuvent être confrontés à des restes à charge élevés, compte tenu des niveaux de dépenses moyens.

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



- ♦ Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'Activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ).
- Classe 2 : Recours à de l'aide humaine principalement pour les AIVQ et quasiment pas pour les Activités de la vie quotidienne (AVQ).
- Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AIVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées.
- Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AIVQ et d'AVQ.

Champ : Population âgée de 20 ans et plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

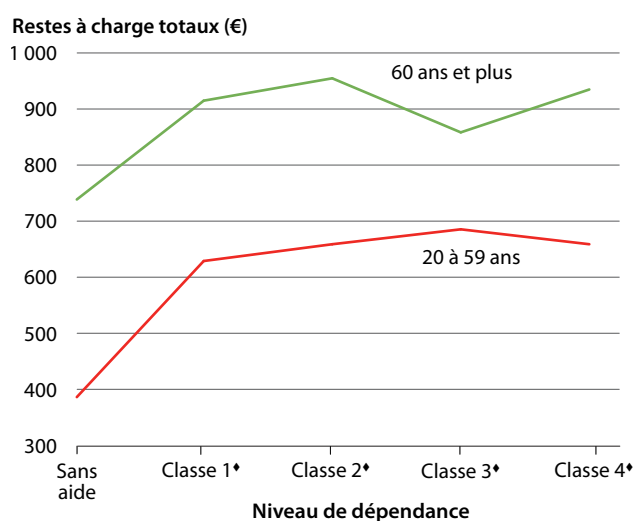
Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Résultats

Irdes septembre 2019

Les restes à charge liés aux dépenses de santé des personnes âgées de 20 à 59 ans oscillent en moyenne entre 400 euros et 700 euros par an (graphique 16). Ils sont plus élevés pour les individus qui recourent à l'aide humaine mais dans l'ensemble relativement stables en fonction du degré de ce recours. Les restes à charge des personnes âgées de plus de 60 ans sont plus élevés en moyenne, variant entre 750 euros et 950 euros annuels.

Graphique 16. Reste à charge moyen par niveau de dépendance avant et après 60 ans



- ♦ Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'Activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ).
- Classe 2 : Recours à de l'aide humaine principalement pour les AIVQ et quasiment pas pour les Activités de la vie quotidienne (AVQ).
- Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AIVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées.
- Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AIVQ et d'AVQ.

Champ : Population âgée de 20 ans et plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Nous approfondissons maintenant l'analyse des restes à charge en distinguant l'effet de l'âge de l'effet du degré de recours à l'aide humaine.

Les individus de moins de 60 ans qui ont besoin d'aide humaine supportent des restes à charge liés aux dépenses de santé en moyenne 1,6 fois plus élevés que ceux des individus du même âge qui n'ont pas besoin d'aide humaine (tableau 13). Toutefois, ce différentiel de reste à charge par rapport aux individus qui n'ont pas besoin d'aide humaine ne varie pas en fonction du degré de recours à cette aide (entre 1,5 dans la première classe et 1,6 dans la deuxième).

Pour les individus qui ne recourent pas à l'aide humaine, l'effet de l'âge se traduit par une augmentation importante des restes à charge après 60 ans (+82 % après 60 ans en moyenne) [tableau 13].

Les individus âgés de 60 ans et plus qui se retrouvent dans les classes 2 et 4 de recours à l'aide humaine sont exposés à une augmentation de leur reste à charge de même ampleur (+82 %) par rapport aux individus âgés de 20 à 59 ans qui sont dans ces mêmes classes de recours à l'aide humaine (tableau 13). En revanche, l'augmentation de reste à charge est

moins accentuée après 60 ans pour les individus qui sont dans la classe 1 et la classe 3 de recours à l'aide humaine (seulement 41 % et 25 %).

Si les restes à charge des individus de moins de 60 ans sont en moyenne 60 % plus élevés pour les individus qui recourent à l'aide humaine en comparaison de ceux qui n'y recourent pas, tous les postes de restes à charge ne pèsent pas de manière équivalente sur ce différentiel (annexe 3). Ainsi, pour plusieurs postes, le reste à charge moyen des individus qui recourent à l'aide humaine est en moyenne soit équivalent ou moins élevé que celui des individus qui ne recourent pas à l'aide humaine : les consultations de médecins généralistes, de spécialistes, la biologie, la kinésithérapie, l'optique, les prothèses dentaires, les transports et les hospitalisations en SSR. Les soins qui figurent dans cette catégorie sont plus facilement pris en charge dans le cadre d'une ALD pour peu qu'ils soient en lien avec la pathologie exonérante. Or, les personnes qui déclarent des besoins d'aide humaine pour réaliser les AVQ sont plus souvent en ALD que les individus sans recours à l'aide humaine. En revanche, il existe d'autres postes de dépenses pour lesquels les restes à charge des personnes âgées de moins de 60 ans qui recourent à l'aide humaine sont en moyenne plus élevés que ceux supportés par les personnes de la même tranche d'âge qui ne recourent pas à cette aide. On retrouve dans cette catégorie les postes suivants : la pharmacie, les appareils et matériel pour traitement, les hospitalisations MCO, les traitements et cures ambulatoires, les actes médicaux infirmiers et les autres prothèses et orthèses. Pour certains de ces soins, les tarifs peuvent atteindre un niveau plus élevé que les tarifs de remboursement de la Sécurité sociale (notamment pour les postes « autres prothèses et orthèses », « appareils et matériel pour traitement »,...) si bien que le bénéfice de l'ALD ne prémunit pas contre les restes à charge importants. C'est ce qui est observé notamment pour les autres prothèses et orthèses, poste pour lequel les restes à charge des individus âgés de moins de 60 ans qui sont dans la classe 3 de recours à l'aide humaine sont deux fois plus importants que ceux des individus de la même tranche d'âge qui ne recourent pas à cette aide, tandis qu'ils sont même cinq fois plus élevés dans la classe 4 par rapport à la même population de référence. Ce sont des postes qui vont laisser les individus avec des restes à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire. Même si on ne dispose pas des données qui permettraient de s'en assurer, il est également probable que l'intervention des assurances complémentaires, pour la majorité des individus qui en disposent, ne permettra pas d'écarter les restes à charge car ces postes de dépenses « autres prothèses et orthèses » ou « appareils et matériel pour traitement » sont traditionnellement moins bien couverts par les contrats de complémentaire santé. Il est donc possible que le différentiel de reste à charge entre les individus âgés de moins de 60 ans qui recourent à l'aide humaine et les individus du même âge qui n'y recourent pas – évalué en moyenne à 60 % quand on considère les données de l'assurance maladie obligatoire – se creuse encore davantage si on avait les moyens de visualiser les restes à charge après intervention des organismes complémentaires.

Nous étudions maintenant les effets de l'âge sur les restes à charge par poste. Pour certains postes de dépenses – les prothèses dentaires, la biologie, les hospitalisations en SSR, les traitements et cures ambulatoires – l'âge n'a aucun effet sur les restes à charge que les individus recourent ou non à l'aide humaine. Dans chacune des classes de recours à l'aide humaine, le reste à charge des individus âgés de 60 ans et plus n'est pas significativement différent de celui des individus âgés de 20 à 59 ans. Pour une grande majorité de postes de dépenses – les consultations de médecins généralistes, de spécialistes, les actes médicaux infirmiers, la kinésithérapie, l'optique, les appareils et matériels pour traitement, les transports et les hospitalisations MCO –, les effets de l'âge sur le reste à charge existent au contraire mais ils sont identiques par leur ampleur pour les individus qui recourent à l'aide humaine et pour ceux qui n'y recourent pas. Il existe également des postes de dépenses pour lesquels les effets de l'âge sur les restes à charge sont plus faibles pour les individus qui recourent à l'aide humaine que pour les individus qui n'y recourent pas : la pharmacie et les autres prothèses et orthèses. S'agissant de ce dernier poste, le résultat s'explique de la façon

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Résultats

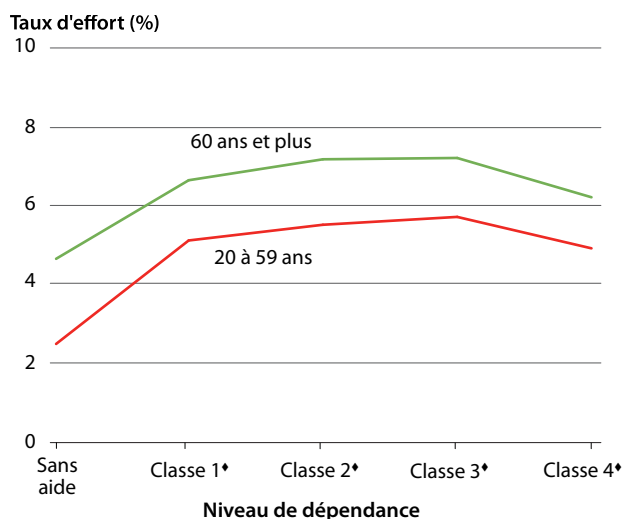
Irdes septembre 2019

suivante : les individus âgés de 60 ans et plus qui sont dans la classe 3 ou dans la classe 4 de recours à l'aide humaine sont confrontés à un reste à charge réduit de respectivement environ 23 % et 89 % par rapport à ceux des individus âgés de 20 à 59 ans qui sont dans les mêmes classes de recours à l'aide humaine.

Les taux d'effort liés aux dépenses de santé des personnes qui recourent à l'aide humaine sont en moyenne deux fois plus élevés que ceux des individus qui n'ont pas besoin de cette aide (6 % du revenu *versus* 3 %). Toutefois, leurs taux d'effort sont stables quel que soit le degré de recours à l'aide humaine. Cette stabilité des taux d'effort s'explique par une double stabilité des restes à charge et des revenus des individus qui recourent à l'aide humaine, quelle que soit la classe de recours.

Nous approfondissons l'analyse des taux d'effort en distinguant maintenant l'effet de l'âge et l'effet du degré de recours à l'aide humaine. Les taux d'effort des personnes âgées de plus de 60 ans sont plus élevés que ceux des personnes âgées de moins de 60 ans (graphique 17). En revanche, le différentiel de taux d'effort demeure relativement constant entre les deux populations quel que soit le degré de recours à l'aide humaine.

Graphique 17. Taux d'effort moyen par niveau de dépendance avant et après 60 ans



- ♦ Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'Activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ).
- Classe 2 : Recours à de l'aide humaine principalement pour les AIVQ et quasiment pas pour les Activités de la vie quotidienne (AVQ).
- Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AIVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées.
- Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AIVQ et d'AVQ.

Champ : Population âgée de 20 ans et plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Les personnes âgées de moins de 60 ans qui recourent à l'aide humaine ont un taux d'effort quasiment deux fois plus élevé que les personnes du même âge qui n'y recourent pas (tableau 13), et ce sans que le degré de recours à l'aide humaine n'interfère sur le différentiel. Pour les personnes qui ne recourent pas à l'aide humaine, le taux d'effort augmente en moyenne de 77 % pour celles qui sont âgées de 60 ans et plus par rapport aux personnes âgées de 20 à 59 ans. En revanche, pour les individus qui recourent à l'aide humaine pour réaliser

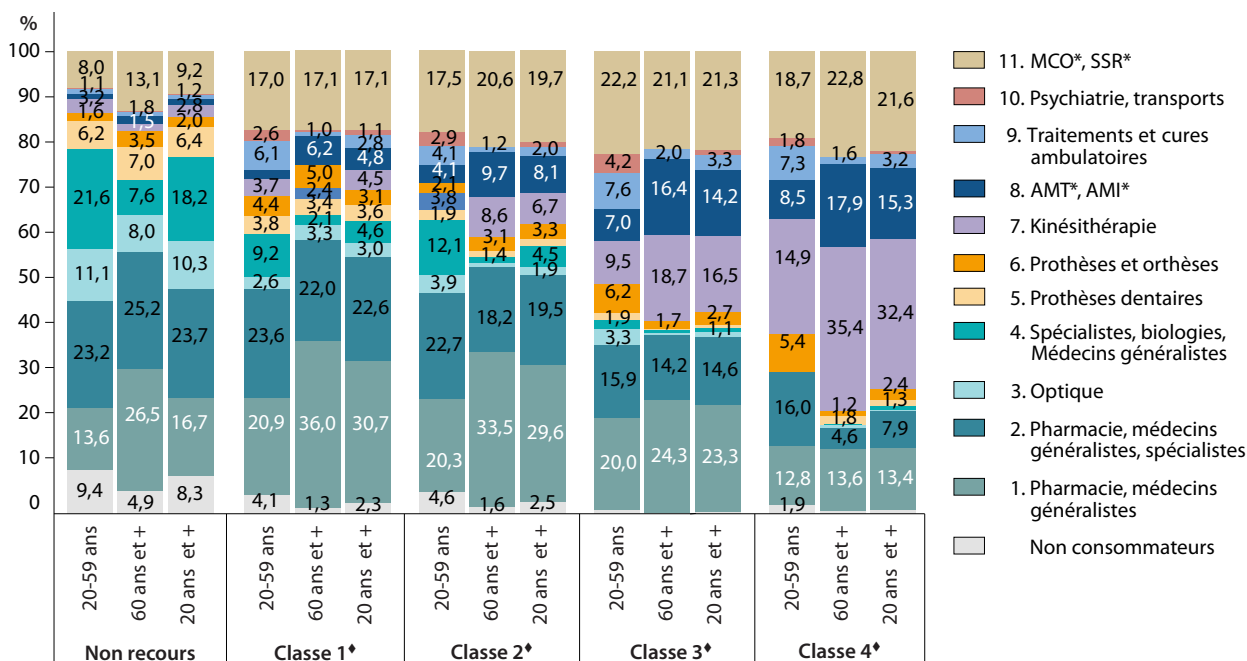
les AVQ, l'augmentation du taux d'effort est plus modérée dans les trois premières classes de recours à l'aide humaine (de l'ordre de 25 %) au contraire de la classe 4 pour laquelle le taux d'effort augmente dans une proportion comparable (77 %) à celle observée pour les individus qui ne recourent pas à l'aide humaine. La situation des personnes qui figurent dans la classe 4 interpelle donc : comme les autres personnes qui recourent à l'aide humaine, leur taux d'effort est déjà deux fois plus élevé avant 60 ans que celui des individus du même âge qui ne recourent pas à l'aide humaine et ce sont les seuls qui pâtissent en outre d'une augmentation importante de leur taux d'effort (+77 %) au moment du passage à 60 ans.

3.2.4. Profils de consommation et postes de dépenses

Les consommateurs de soins de ville de type 1 (pharmacie et médecins généralistes), 2 (pharmacie, médecins généralistes et spécialistes) et 4 (médecins spécialistes, biologie et médecins généralistes) sont plus nombreux en proportion dans les premières classes de recours à l'aide humaine (58 % dans la classe 1 et 54 % dans la classe 2) et beaucoup moins nombreux dans la classe 4 (23 %) [Graphique 18].

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

Graphique 18. Ventilation des profils de consommation de soins par classe de recours à l'aide humaine et par âge



* Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'Activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ).

Classe 2 : Recours à de l'aide humaine principalement pour les AIVQ et quasiment pas pour les Activités de la vie quotidienne (AVQ).

Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AIVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées.

Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AIVQ et d'AVQ.

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

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

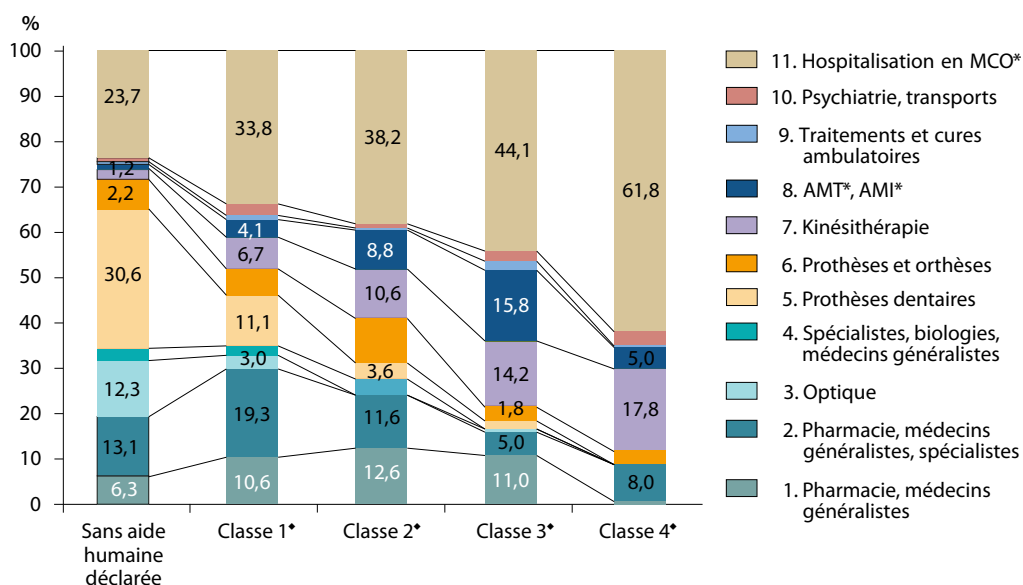
Résultats

Irdes septembre 2019

En concentrant l'analyse sur les personnes confrontées à un reste à charge minimal de 1 200 euros, soit 10 % de la population qui supportent le reste à charge le plus élevé, on sélectionne une population confrontée à des restes à charge moyens variant peu dans les trois premières classes de recours à l'aide humaine (autour de 2 300 euros en moyenne *versus* 2 030 euros pour la population sans recours à l'aide) mais qui atteint au contraire des niveaux très élevés dans la classe 4 (3 360 euros) [graphique 19].

Dans cette population qui fait face à des restes à charge très élevés, les profils de consommation sont d'abord différenciés selon que les personnes recourent ou non à l'aide humaine, attestant d'une forte hétérogénéité des besoins. Pour les personnes qui n'y recourent pas, les profils de patients consommateurs de soins d'optique et de prothèses dentaires représentent 44 % des personnes avec des restes à charge supérieurs à 1 200 euros, beaucoup moins dans les classes de recours à l'aide humaine (au maximum 14 % dans la classe 1). En contrepartie, les profils liés aux hospitalisations MCO pèsent pour une part importante dans le reste à charge des personnes qui recourent à l'aide humaine. Cette part est croissante avec le degré de recours à l'aide humaine, de 34 % dans la classe 1 à 62 % dans la classe 4 (*versus* 24 % pour la population sans aide). Les restes à charge hospitaliers peuvent donc constituer une charge très lourde pour les personnes ayant recours à l'aide humaine, notamment pour les 10 % qui sont dépourvus d'assurance complémentaire.

Graphique 19. Répartition des profils de consommations de soins en fonction du niveau d'aide humaine (en %) – Restes à charge > 1 200 euros



- ♦ Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'Activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ).
- Classe 2 : Recours à de l'aide humaine principalement pour les AIVQ et quasiment pas pour les Activités de la vie quotidienne (AVQ).
- Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AIVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées.
- Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AIVQ et d'AVQ.

Lecture : 33,8 % des individus ayant des restes à charge annuels supérieurs à 1 200 euros et classés dans la catégorie 1 de recours à l'aide humaine correspondent au profil de consommation 11 « Hospitalisation en MCO ». Ce profil est encore plus représenté dans la classe 4 (61,8 %).

Source : Enquête HSM 2008. Calculs Irdes.

Une deuxième ligne de partage se dessine pour les profils de consommation de soins associés au recours à l'aide humaine avant et après 60 ans. Alors que les profils orthèses et prothèses représentent une proportion faible en population générale avant 60 ans et forte après (3 % *versus* 11 %), la tendance est inversée pour les trois classes de recours le plus élevé à l'aide humaine. Le poids des dépenses en aide technique plus faible après 60 ans laisse penser que les profils de recours aux orthèses et prothèses diffèrent avant et après 60 ans. Ne disposant pas des données fines sur ces dispositifs médicaux, il est difficile d'expliquer cette différence de consommation de soins, qui pourrait provenir de l'acquisition de dispositifs différents avant et après 60 ans. A ceci peut s'ajouter un placement en institution pour les personnes les plus âgées lorsqu'elles ont des besoins importants en aide technique, ces derniers sortants du champ de l'étude.

Dans cette population aux forts restes à charge, les profils liés aux hospitalisations psychiatriques sont beaucoup plus fréquents avant 60 ans, comptant pour une part négligeable après. Ces écarts peuvent s'expliquer de différentes façons : une mortalité précoce de ces personnes (qui survivent peu au-delà de 60 ans), un placement en institution...

Au sein de cette population qui supporte les restes à charge les plus élevés, deux profils de soins kinésithérapie et soins infirmiers – sont beaucoup plus fréquents après 60 ans qu'avant. La fréquence des profils liés aux soins de kinésithérapie augmente fortement avec le degré de recours à l'aide humaine après 60 ans (de 7,5 % dans la classe 1 à 19 % dans la classe 4) tandis que la fréquence des profils liés aux actes médicaux infirmiers et appareils et matériels pour traitement augmente pour sa part fortement dans les trois premières classes de recours à l'aide humaine. Les restes à charge liés à ces deux profils – kinésithérapie et actes médicaux infirmiers – pèsent pour une part importante après 60 ans.

3.2.5. Consommation de soins des bénéficiaires de l'ACTP-PCH et de l'Apa

Les bénéficiaires de l'ACTP-PCH et ceux de l'Apa n'ont sans doute pas les mêmes besoins de soins. Par ailleurs, les bénéficiaires de l'Apa sont en moyenne beaucoup plus âgés que ceux de l'ACTP-PCH. La comparaison proposée ne neutralise ni les effets d'âge ni les différences de besoins. Les dépenses de santé des bénéficiaires de l'Apa (12 748 euros) sont plus élevées que celles des bénéficiaires de l'ACTP-PCH (9 248 euros) [tableau 14]. La médiane associée à la dépense des bénéficiaires de l'Apa est deux fois plus élevée. En revanche, le coefficient de variation est plus accentué pour les dépenses des bénéficiaires de l'ACTP-PCH, ce qui témoigne d'une variabilité de la dépense plus forte. Ces écarts sont certainement liés aux différences d'âge très marquées entre les populations.

Tableau 14 Dépenses de santé et restes à charge des bénéficiaires de l'ACTP-PCH et de l'Apa

		Moyenne	Ecart-type	1 ^{er} quartile	Médiane	3 ^e quartile	Coefficient de variation
ACTP-PCH*	Dépenses	9 248	14 859	1 244	3 071	8 411	1,61
	Restes à charge	689	1 109	82	406	845	1,61
Apa*	Dépenses	12 748	18 034	3 015	6 011	15 230	1,41
	Restes à charge	911	1 109	252	547	1 131	1,22

* Allocation compensatrice pour tierce personne-Prestation de compensation du handicap ; ** Allocation personnalisée d'autonomie.

Lecture : Les dépenses moyennes de santé des bénéficiaires de l'ACTP-PCH s'établissent à 9 248 euros tandis que celles des bénéficiaires de l'Apa s'élèvent à 12 748 euros.

Source : Enquête HSM. Données appariées avec le Sniiram.

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Résultats

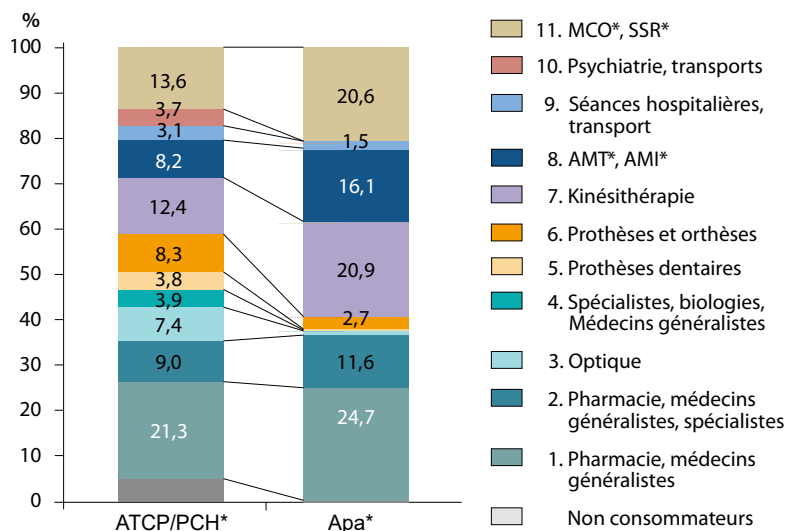
Irdes septembre 2019

Les niveaux moyens de restes à charge (tableau 14) sont très fortement réduits comparativement aux niveaux de dépenses moyens. Pour les bénéficiaires de l'ACTP-PCH, la médiane est située à un niveau plus faible tandis que le coefficient de variation est plus élevé, attestant d'une forte variabilité du reste à charge.

Le graphique 20 présente la ventilation des profils de consommation de soins pour les bénéficiaires de l'ACTP-PCH et pour les bénéficiaires de l'Apa. Les bénéficiaires de l'ACTP-PCH comme les bénéficiaires de l'Apa présentent la même proportion de consommateurs de soins de ville « classiques » – profils « médecins généralistes et pharmacie » et « médecins généralistes, spécialistes et actes de biologie – », soit 35 %.

Les profils de consommateurs de soins en lien avec le handicap sont en revanche différenciés selon que l'on considère les bénéficiaires de l'ACTP-PCH ou les bénéficiaires de l'Apa. Parmi les bénéficiaires de l'ACTP-PCH, on retrouve plus souvent le profil de consommation « hospitalisations psychiatriques et transports » (3,9 % *versus* 0 % pour les bénéficiaires de l'Apa) ainsi que le profil « prothèses et fauteuils roulants » (8,7 % *versus* 2 % pour les bénéficiaires de l'Apa). Au contraire, le profil de consommation « kinésithérapie, transports, soins infirmiers » est beaucoup plus courant parmi les bénéficiaires de l'Apa (22,4 %) que chez les bénéficiaires de l'ACTP-PCH (seulement 13,7 %). Par ailleurs, les bénéficiaires de l'Apa présentent beaucoup plus fréquemment le profil de consommation « hospitalisation MCO, SSR et transports » (20,6 % *versus* 14,1 %), le profil « actes infirmiers » (15,8 % *versus* 8,4 %) ainsi que le profil « kinésithérapie, transports, actes infirmiers » (22,4 % *versus* 13,7 %).

Graphique 20. Ventilation des profils de consommation de soins pour les bénéficiaires de l'Allocation compensatrice pour tierce personne-Prestation de compensation du handicap (ACTP-PCH) et de l'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa)



* AAH : Allocation aux adultes handicapés ; ACTP-PCH : Allocation compensatrice pour tierce personne-Prestation de compensation du handicap ; AMI : Actes médicaux infirmiers ; AMT : Appareils et matériel pour traitement ; Apa : Allocation personnalisée d'autonomie ; MCO : Médecine, chirurgie et obstétrique ; SSR : Soins de suite et de réadaptation.

Lecture : 21,3 % des bénéficiaires de l'Allocation compensatrice pour tierce personne-Prestation de compensation du handicap (ACTP-PCH) ACTP-PCH présentent un profil de consommation de type « Médecins généralistes et pharmacie » tandis que 24,7 % des bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa) ont ce profil de consommation en 2008.

Champ : Population âgée de 20 ans et plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

4. Discussion des résultats et enseignements de l'étude

Cette étude a porté sur les dépenses et les restes à charge à la fois en niveau et en structure de plusieurs populations de personnes en situation de handicap, avant et après l'âge de 60 ans en France. Elle a d'abord été centrée sur les bénéficiaires d'allocations compensant une incapacité de travailler (AAH, pension d'invalidité et rente d'incapacité). Les bénéficiaires d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité bénéficient d'une prise en charge intégrale de leurs dépenses de santé remboursables, ce qui n'est pas le cas des bénéficiaires de l'AAH, qui ne peuvent compter que sur leur(s) ALD – lorsqu'ils y sont éligibles – pour bénéficier d'une prise en charge qui se restreint au périmètre de leur(s) pathologie(s) exonérante(s). Les bénéficiaires de l'AAH sont beaucoup plus souvent admis en ALD que les autres bénéficiaires d'allocations compensant une incapacité de travailler (64 % *versus* 53 % pour les pensions d'invalidité et 25 % pour les rentes d'incapacité). Cette prise en charge plus fréquente des bénéficiaires de l'AAH au titre de l'ALD leur permet-elle de limiter leurs restes à charge ? Les bénéficiaires des différentes reconnaissances de handicap se différencient en termes de limitations fonctionnelles et de restrictions d'activité : les bénéficiaires de l'AAH se distinguent des bénéficiaires des autres allocations par une proportion plus importante de personnes atteintes de limitations psychiques, intellectuelles ou mentales et par un niveau de recours à l'aide humaine plus important. Cependant, dans chacune des populations demeure une forte hétérogénéité des profils. Cette hétérogénéité se retrouve dans les consommations de soins avec une forte variabilité de dépenses et de restes à charge au sein de chaque type de reconnaissance de handicap. Les restes à charge des bénéficiaires de l'AAH ne sont pas significativement différents de ceux qui n'ont pas de reconnaissance administrative. Cependant, la structure de leurs restes à charge est différente, avec une moindre représentation des dépenses d'optique et de prothèses dentaires et un poids plus important de la pharmacie et de l'hospitalisation (MCO et psychiatrie). Par opposition, les personnes bénéficiant d'une pension d'invalidité ont des restes à charge significativement plus importants que les personnes sans reconnaissance, tant sur l'optique, les prothèses dentaires, que sur la pharmacie ou les orthèses et prothèses. Malgré des besoins sans doute différents de ces populations, il est peu probable que les bénéficiaires de l'AAH aient des besoins moins importants sur les postes optique et dentaire que les personnes sans reconnaissance de handicap. Ainsi, l'inégalité de prise en charge qui affecte les bénéficiaires de l'AAH¹ – ils ne bénéficient que de la prise en charge en ALD quand ils y sont éligibles – laisse supposer l'existence d'arbitrages sur leurs consommations de soins. Ces arbitrages sont réalisés en fonction de priorités afin de maintenir leur montant de restes à charge à un niveau qui ne pèse pas excessivement sur des revenus, en moyenne, souvent plus modestes. Toutefois, les bénéficiaires de l'AAH sont éligibles à l'ACS, et donc même s'ils ne sont pas exonérés du ticket modérateur comme les pensionnés d'invalidité, ils peuvent accéder à une complémentaire santé à coût réduit qui remboursera ces tickets modérateurs.

Nous montrons qu'à structure d'âge et de sexe donnée, les bénéficiaires de l'AAH affichent un taux d'effort 65 % plus élevé que celui des individus sans reconnaissance administrative de handicap tandis que les bénéficiaires d'une pension d'invalidité sont caractérisés

¹ Ce constat n'est valable que pour les individus qui ne bénéficient que de l'AAH, et pas pour ceux qui cumulent par exemple AAH et pension d'invalidité ou AAH et rente d'incapacité.

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Discussion des résultats et enseignements de l'étude

Irdes septembre 2019

par un taux d'effort plus élevé de 13,8 % par rapport à la même population de référence. Ces taux d'effort sont mesurés à partir du reste à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire et sans visibilité sur la prise en charge réalisée par les organismes de couverture complémentaire. La structure du reste à charge des bénéficiaires de l'AAH fait apparaître un poids important des « traitements et cures ambulatoires » qui constituent un poste sans doute en moyenne moins bien pris en charge par les organismes complémentaires que ne le sont les postes « de pharmacie » ou « de consultations de médecins généralistes », ce qui peut laisser penser que les restes à charge finaux des bénéficiaires de l'AAH pourraient bénéficier, dans une moindre mesure, de l'intervention des organismes complémentaires. En conclusion, le différentiel de 65 % de reste à charge entre les bénéficiaires de l'AAH et les individus sans reconnaissance administrative pourrait être une estimation basse du différentiel réel après intervention des couvertures complémentaires. Cette étude est une première étape dans l'analyse des différentiels de dépenses et de restes à charge qui existent entre les bénéficiaires de l'AAH et les bénéficiaires de pensions d'invalidité et de rentes d'incapacité. Elle sera poursuivie par une analyse réalisée à l'Irdes en 2019 sur des données plus récentes (2017) issues de l'Echantillon généraliste des bénéficiaires (EGB) de l'Assurance maladie. Cet échantillon d'assurés sociaux, consommant des soins ou non, permet d'identifier les bénéficiaires de pensions d'invalidité, de rentes d'incapacité et les individus qui ne perçoivent que l'AAH, les assurés combinant AAH et pensions d'invalidité étant recensés dans la catégorie « pension d'invalidité ». Cet échantillon de grande taille permettra une analyse plus fine de la situation des bénéficiaires de l'AAH, rendant possible notamment la distinction entre ceux qui sont couverts par leur(s) ALD et ceux qui sont considérés comme des assurés de droit commun. Cette étude permettra donc d'affiner la connaissance sur le niveau et la structure du reste à charge des bénéficiaires de l'AAH selon qu'ils sont exonérés ou non. L'observation fine des postes de dépenses générant de forts restes à charge pourra donner lieu à des recommandations de politiques publiques.

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

Les analyses des dépenses de santé et des restes à charge des personnes qui recourent à l'aide humaine ne portent par définition que sur des soins consommés. Or, les personnes qui recourent à l'aide humaine déclarent deux fois plus de renoncement à des soins chirurgicaux ou dentaires que le reste de la population (20 % *versus* 11 %). Ainsi, malgré des dépenses importantes, une partie de cette population ne consommerait pas l'intégralité des soins dont elle aurait besoin.

Notre étude montre que si les dépenses de santé moyennes croissent de façon très importante avec le degré de recours à l'aide humaine (de 5 200 euros dans la première classe de recours à l'aide humaine à 17 500 euros dans la classe 4), les restes à charge avant assurance maladie complémentaire sont en revanche peu sensibles au degré de recours à l'aide

humaine, à un niveau moyen avoisinant 800 euros annuels, tout de même doublé par rapport au reste à charge moyen des personnes qui ne recourent pas à l'aide humaine.

Le lissage des restes à charge en fonction du degré de recours à l'aide humaine est obtenu grâce aux différentes possibilités d'exonération qui concernent une fraction d'assurés croissante avec le degré de recours à l'aide humaine, 64 % dans la première classe de recours à l'aide humaine, 93 % dans la classe 4 de recours à l'aide humaine.

Si les personnes âgées de moins de 60 ans et celles de plus de 60 ans sont exonérées du ticket modérateur dans les mêmes proportions (70 %), les plus jeunes profitent d'une plus large gamme de motifs d'exonération comparativement aux plus âgés. 55 % des moins de 60 ans bénéficient d'une exonération pour l'ensemble de leur dépense remboursable (au titre de la pension d'invalidité, rente d'incapacité, CMU-C) tandis qu'ils ne sont que 21 % dans ce cas après 60 ans. Après 60 ans, les assurés peuvent surtout compter sur une exonération du ticket modérateur en lien avec l'ALD, qui ne porte que sur le périmètre de la dépense liée à la pathologie exonérante.

Dans notre étude, outre l'effet du recours à l'aide humaine sur les dépenses et les restes à charge, nous isolons aussi les effets de l'âge. En population générale, les dépenses de santé des personnes âgées de plus de 60 ans sont le double de celles des personnes âgées de 20 à 59 ans. Cet écart est très atténué pour les personnes qui recourent à l'aide humaine. Nos analyses montrent que les dépenses de santé moyennes sont équivalentes entre les plus et les moins de 60 ans dans la classe 1 et que l'écart ne va pas au-delà de 30 % dans les autres classes d'aide. Bien que les dépenses moyennes soient relativement proches avant et après 60 ans pour les personnes qui recourent à l'aide, le reste à charge des plus de 60 ans est quant à lui toujours supérieur quelle que soit la classe d'aide, d'environ 40 %. Dans la population générale, les dispositifs d'exonération permettent d'atténuer le reste à charge des plus de 60 ans en augmentant le taux de remboursement de l'assurance maladie obligatoire grâce au dispositif des ALD. En revanche, pour les personnes ayant recours à l'aide humaine, les dépenses de santé sont globalement mieux prises en charge avant 60 ans, les personnes bénéficiant plus souvent de dispositifs remboursant le ticket modérateur sur l'ensemble de la dépense remboursable qu'après 60 ans où l'exonération ALD prédomine. Pour autant, les bénéficiaires de pensions d'invalidité et de rentes d'incapacité – contractées avant l'âge de la retraite – gardent le bénéfice de leurs dispositifs d'exonération large après 60 ans.

Les personnes qui recourent à l'aide humaine sont plus souvent concernées par des profils de consommation de soins caractérisés par des niveaux de dépenses élevés et par des restes à charge plus conséquents que ceux encourus par des profils de « consommation de soins courants ». Ainsi, deux personnes sur dix appartiennent à la classe « Hospitalisation MCO » [profil 11] contre seulement une personne sur dix parmi celles ne déclarant pas de recours à l'aide humaine. Ce profil est associé à une dépense quadruplée et un reste à charge doublé par rapport à la moyenne. Les profils 7 « kinésithérapie » et 8 « actes médicaux infirmiers et appareils et matériel pour traitement (forfaits de pansements, appareils et matériels de contention, appareil générateur d'aérosol, ...) » sont associés à des recours importants à l'aide humaine, notamment chez les populations âgées de plus de 60 ans. Ainsi, une personne sur six ayant recours à l'aide humaine et une personne sur trois étant dans la classe 4 de recours à l'aide humaine se retrouvent dans le profil kinésithérapie alors que cette proportion est marginale dans le reste de la population.

Les 10 % de personnes confrontées aux restes à charge les plus importants sont plus souvent associés à des profils de consommation en lien avec les hospitalisations en MCO. Une politique publique qui viserait à réduire les restes à charge hospitaliers en MCO en

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Discussion des résultats et enseignements de l'étude

Irdes septembre 2019

population générale profiterait par la même occasion aux personnes qui recourent à l'aide humaine et qui encourent les restes à charge actuellement les plus élevés.

Ces restes à charge peuvent être diminués par les assurances complémentaires. Compte tenu des règles de tarification qui interdisent ou pénalisent le recours à des questionnaires médicaux, les tarifs sont principalement liés au niveau de garantie et à l'âge des personnes couvertes. Il est donc probable qu'une partie de ces restes à charge élevés soit mutualisée dans le cadre de l'assurance complémentaire. Toutefois, le périmètre de cette mutualisation pourrait se réduire en raison de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise qui conduit à basculer l'ensemble des salariés sur des contrats collectifs. Cela pourrait notamment pénaliser les personnes isolées de moins de 60 ans ne participant pas au marché du travail et ayant recours à l'aide humaine, ainsi que les personnes à la retraite. En outre, 10 % des personnes ayant recours à l'aide humaine ne sont pas couvertes par une assurance complémentaire. Favoriser l'accès à l'assurance complémentaire des personnes ayant besoin de recourir à l'aide humaine et permettre un fonctionnement du marché qui s'accompagne d'une mutualisation des risques semble important compte tenu des restes à charge plus élevés auxquels doivent faire face, en raison de leur état de santé, les personnes ayant recours à l'aide humaine.

Notre étude fait apparaître quelques limites qu'il convient de souligner. Les données de l'enquête HSM appariées aux données du Sniiram offrent une visibilité incomplète sur les restes à charge car seule la partie remboursée par les régimes de base de l'Assurance maladie est observable. On n'observe pas les remboursements effectués par les organismes de couverture complémentaire, et on dispose donc d'une vision approximative du réel reste à charge supporté par l'individu. La connaissance du reste à charge est encore plus parcellaire pour les personnes handicapées qui perçoivent la PCH, car à la méconnaissance de la part prise en charge par l'assurance complémentaire de l'assuré s'ajoute celle de la part supportée par la PCH, qui peut intervenir pour compléter le remboursement de la Sécurité sociale mais pas de façon systématique, ainsi que la part prise en charge par les fonds de compensation départementaux, qui n'est pas davantage connue. Pour les bénéficiaires de la PCH, l'enquête Prestation de compensation du handicap : exécution dans la durée et reste à charge (Phèdre) permettra de faire progresser la connaissance des restes à charge de cette population lorsque les données seront disponibles. Par ailleurs, l'appariement avec les données du Sniiram ne porte que sur une seule année de consommation de soins, ce qui est problématique pour détecter les acquisitions de dispositifs médicaux (fauteuils roulants) dont le rythme de renouvellement ne correspond certainement pas à l'année. Une profondeur d'historique des consommations sur cinq années aurait permis de suivre avec beaucoup plus de précision les acquisitions de ces dispositifs.

Conclusion

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

Cette étude sera complétée lorsque les données recueillies dans le cadre de l'enquête Phèdre seront disponibles. Cette enquête permettra de connaître, à partir des données du Sniiram, les dépenses de santé des bénéficiaires de la PCH et de déterminer le reste à charge réel des éléments liés au handicap. En effet, il sera possible de prendre en compte à la fois les financements de l'Assurance maladie, de la PCH, du fonds de compensation, des complémentaires santé. On pourra également étudier le non recours en estimant le nombre d'élé-

ments PCH qui ne sont pas mis en place malgré l'accord de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

L'Irdes souhaite également se positionner sur l'évaluation du reste à charge des personnes dépendantes en utilisant les données de l'enquête CARE (2015). Pour les personnes âgées de 60 ans et plus, cette enquête permet désormais d'approcher la dépendance en mobilisant plusieurs approches. L'enquête CARE appariée aux données de l'Assurance maladie permettra de connaître de façon fine les dépenses et restes à charge sanitaires, tant en niveau qu'en structure. Comme les données permettent également d'évaluer le coût de la dépendance *stricto sensu* pour la personne, un projet de recherche de l'Irdes ambitionnera, en 2019, de reconstituer un reste à charge complet et un taux d'effort fiabilisé car assis sur des données de revenus issues des déclarations fiscales.

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

Bibliographie

- Aballea P. et E. Marie (2012). « L'évaluation de l'état d'invalidité en France : réaffirmer les concepts, homogénéiser les pratiques et refondre le pilotage du risque ». Igas. RM2012-059P.
- Abrossimov C. et F. Chérèque (2014). « Les liens entre handicap et pauvreté : les difficultés dans l'accès aux droits et aux ressources ». *Rapport Igas ; 2014-048*. Paris La documentation française: 253.
- Abrossimov, C. et F. Chérèque (2014). « Les liens entre handicap et pauvreté : les difficultés dans l'accès aux droits et aux ressources ». Igas.
- Aubert P., Kuhn L. *et al.* (2016). « Invalidité et minima sociaux : quels effets du passage de la retraite de 60 à 62 ans ? ». *Dossiers de la Drees* 6.
- Baert J. (2014). "Wage Subsidies and Hiring Chances for the Disabled: Some Causal Evidence". *IZA Discussion Paper ; 8318*. Bonn IZA: 31, tabl., fig.
- Bérardier M. (2014). « Les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile et leurs ressources en 2011 ». Drees, *Etudes et Résultats*, n° 876.
- Blanc P. (2006). « Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge ».
- Bonnet M. (2004). « Pour une prise en charge collective quel que soit leur âge des personnes en situation de handicap ». Conseil économique et social.
- Borderies F. et Trespeux F. (2015). « Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2013 ». Drees, *Document de travail, Séries Statistiques*.
- Chaput H., Pinel C., *et al.* (2015). « Salaires dans le secteur privé et les entreprises publiques. En 2013, le salaire net moyen baisse de 0,3 % en euros constants ». *Insee Première*, n° 1565.
- CNSA (2015). « Rapport APA. Compréhension de la disparité ». Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.
- Dos Santos S. et Lo S. (2011). « Les bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne et la prestation de compensation du handicap : deux populations bien différentes ». Drees, *Etudes et Résultats*, n° 772.
- Dos Santos, S. et Makdessi Y. (2010). « Une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées. Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008 ». Drees, *Etudes et Résultats*, n° 718.
- Drees (2016). *Minima sociaux et prestations sociales. Ménages aux revenus modestes et redistribution*. Panoramas de la Drees - Social.

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Bibliographie

Irdes septembre 2019

- Ennuyer B. (2013). « Enjeux de sens et enjeux politiques de la notion de dépendance ». *Gérontologie* 145: 25-35.
- Espagnacq M. (2012). « Les bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne et de la prestation de compensation du handicap ayant des limitations fonctionnelles physiques. Profils, aides techniques et aménagements du logement ». Drees, *Etudes et Résultats*, n° 819.
- Espagnacq M. (2012). « Personnes ayant des limitations fonctionnelles physiques. Panorama des aides et aménagements du logement ». Drees, *Dossiers Solidarité Santé*, n° 27.
- Espagnacq M. (2013). « Evolution des prestations compensatrices du handicap de 2006 à 2012 ». Drees, *Etudes et Résultats*, n° 829.
- Espagnacq M. (2015). « Populations à risque de handicap et restrictions de participation sociale : une analyse à partir de l'enquête Handicap-Santé auprès des ménages (HSM, 2008) ». Drees, *Dossier Solidarité Santé*, 68 : 18.
- Fouquet A., Laroque M. *et al.* (2009). « La gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie. Synthèse des contrôles de la mise en œuvre de l'APA réalisés dans plusieurs départements ». Igas.
- Fragonard B. (2011). « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées ». Rapport du groupe n°4.
- Gabbe B. J., Sleney J. S. *et al.* (2014). "Financial and Employment Impacts of Serious Injury: A Qualitative Study". *Injury* 45(9) : 1445-1451.
- Garnero M. et Rattier M. O. (2011). « Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2008 ». Drees, *Etudes et Résultats*, n° 752.
- Gettens J., Hoffman D. *et al.* (2016). "Expenditures and Use of Wraparound Health Insurance for Employed People with Disabilities." *Disabil Health J* 9(2): 248-255.
- Ghandour R. M., Hirai A. H. *et al.* (2014). "Financial and Nonfinancial Burden Among Families of CSHCN: Changes Between 2001 and 2009-2010". *Acad Pediatr* 14(1): 92-100.
- Gohet P. (2013). « L'avancée en âge des personnes handicapées. Contribution à la réflexion ». Igas.
- Hayes S. L., Salzberg C. A. *et al.* (2016). "High-Need, High-Cost Patients: Who Are They and How Do They Use Health Care? A Population-Based Comparison of Demographics, Health Care Use, and Expenditures". *Issue Brief (Commonw Fund)* 26: 1-14.
- Hcaam (2011). « Assurance maladie et perte d'autonomie. Contribution du Hcaam sur la dépendance des personnes âgées ». Rapport adopté à l'unanimité lors de la séance du 23 juin 2011, Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie .
- Imbert G. (2013). « Libres propos. Autonomie et barrière d'âge : vers un droit universel ? Entretien avec François Jeger socio-économiste, directeur de l'unité de recherche sur le vieillissement, Cnav ». *Gérontologie et société* 145(2013/2): 191-199.

- Joseph-Jeanneney B., Laloue F. *et al.* (2011). « Evaluation de la prestation de compensation du handicap (PCH) ». Igas. RM2011-131P.
- Jusot F. et Pierre A. (2015). « Quels impacts attendre de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise sur la non-couverture en France ? Une simulation à partir de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012 ». Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 209, mai.
- Leduc A. et Montaut A. (2016). « Tarification des complémentaires santé : déclin des solidarités dans les contrats individuels ». Drees, *Etudes et Résultats*, n° 972.
- Lengagne P., Penneau A. *et al.* (2015). « L'accès aux soins courants et préventifs des personnes handicapées en France. Résultats sur l'enquête Handicap-Santé volet Ménages. Rapport Irdes n° 560.
- Mitra S., Findley P. *et al.* (2009). "Health Care Expenditures of Living with a Disability : Total Expenditures, Out-of-Pocket Expenses and Burden, 1996 to 2004". *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 90.
- Mitra S., Palmer M. *et al.* (2017). "Extra Costs of Living with a Disability: A Review and Agenda for Research." *Disabil Health J.*
- OMS (2001). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)*. Organisation mondiale de la santé.
- Pumkam C., Probst J. *et al.* (2013). "Health Care Expenditures Among Working-Age Adults with Physical Disabilities: Variations by Disability Spans". *Disability and Health Journal* 6: 287-296.
- Roussel P., Giordano G. *et al.* (2012). *Approche qualitative des données de santé mentale recueillies dans l'enquête Handicap-Santé-Ménages (2008)*, EHESP.
- Sécurité sociale, D. S. (2016). « Programme de Qualité et d'Efficiace 2016 (PQE). Programme *Invalité et dispositifs gérés par la CNSA* ». D. d. l. S. Sociale.
- Weber F. (2011). *Handicap et dépendance. Drames humains, enjeux politiques*. Cepremap.
- Zaidi A. and Burchardt T. (2003). "Comparing Incomes when Needs Differ: Equivalisation for the Extra Costs of Disability in the UK C. f. A. o. S. Exclusion". London School of Economics CASE, paper 64.

Annexes

Annexe 1. Algorithmes d'identification des populations dans l'enquête HSM

La pension d'invalidité

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

1	RALLOC. <i>Percevez-vous personnellement (ou votre famille perçoit-elle pour vous) l'une des prestations suivantes :</i>	Revenus <input checked="" type="checkbox"/> 3. Pension d'invalidité, pension pour inaptitude au travail, majoration pour tierce personne. Elles sont versées par l'Assurance maladie (Cpam, MSA, ou CNRACL etc...) [avec allocation supplémentaire d'invalidité]
----------	--	--

ou

2	RINVAL. <i>Vous a-t-on reconnu un taux d'invalidité ou d'incapacité accordé par la Sécurité sociale, l'Armée ou les sociétés d'assurance ?</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Oui.
	RCADR. <i>Dans quel cadre ?</i>	ET <input checked="" type="checkbox"/> RCADR1. Catégorie d'invalidité déterminée par la Sécurité sociale

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Annexe 1. Algorithmes d'identification des populations dans l'enquête HSM

Irdes septembre 2019

La pension militaire d'invalidité

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

1	<i>RALLOC.</i> Percevez-vous personnellement (ou votre famille perçoit-elle pour vous) l'une des prestations sui- vantes :	<i>Revenus</i> <input checked="" type="checkbox"/> 6. Pension militaire d'invalidité
----------	--	---

ou

2	<i>RINVAL.</i> Vous a-t-on reconnu un taux d'invalidité ou d'incapacité accordé par la Sécurité sociale, l'Armée ou les sociétés d'assurance ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui.
	<i>RCADR.</i> Dans quel cadre ?	ET <input checked="" type="checkbox"/> RCADR3. Taux lié à une pension militaire d'invalidité

La rente d'incapacité

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

1	<p><i>RALLOC.</i> Percevez-vous personnellement (ou votre famille perçoit-elle pour vous) l'une des prestations suivantes :</p>	<p>Revenus</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 4. Rente d'incapacité liée à un accident du travail versée par l'Assurance maladie (Cpam, MSA, etc.)</p>
----------	---	--

ou

2	<p><i>RCADR2.</i> Taux d'incapacité lié à un accident du travail</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Oui.</p> <p>ET</p> <p>RTAUX2>10</p>
----------	--	---

ou

3	<p><i>ECRES.</i> Ce problème de santé ou cet accident a-t-il entraîné...</p> <p><i>Si la personne a été victime d'un accident</i> <i>ECACCI.</i> <i>Etait-ce ...</i></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 2. une mise en invalidité</p> <p>ET</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1. ... un accident du travail (non compris accident de trajet) ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 2. ... un accident du travail survenu lors du trajet domicile-travail ?</p>
----------	--	---

ou

4	<p><i>ECRES.</i> Ce problème de santé ou cet accident a-t-il entraîné...</p> <p><i>Si la personne a été victime d'un accident</i> <i>ECACCI.</i> <i>Etait-ce ...</i></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 3. une décision d'inaptitude à l'emploi</p> <p>ET</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1. ... un accident du travail (non compris accident de trajet) ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 2. ... un accident du travail survenu lors du trajet domicile-travail ?</p>
----------	--	---

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Annexe 1. Algorithmes d'identification des populations dans l'enquête HSM

Irdes septembre 2019

L'AAH

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

1	<i>RALLOC.</i> Percevez-vous personnellement (ou votre famille perçoit-elle pour vous) l'une des prestations suivantes :	<i>Revenus</i> <input checked="" type="checkbox"/> 2. Allocation aux adultes handicapés (AAH) versée par la Cafou la MSA (avec son complément éventuel : majoration pour vie autonome ou garantie de ressources aux personnes handicapées)
----------	---	---

ou

2	<i>RAMAL.</i> De quel régime de sécurité sociale (assurance maladie) bénéficiez-vous ?	<input checked="" type="checkbox"/> 8. Adultes handicapés bénéficiant de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH)
----------	---	--

L'ACTP ou la PCH

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

1	<i>RALLOC.</i> Percevez-vous personnellement (ou votre famille perçoit-elle pour vous) l'une des prestations suivantes :	<i>Revenus</i> <input checked="" type="checkbox"/> 8. Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) versée par le Conseil général
----------	---	---

ou

2	<i>RALLOC.</i> Percevez-vous personnellement (ou votre famille perçoit-elle pour vous) l'une des prestations suivantes :	<i>Revenus</i> <input checked="" type="checkbox"/> 9. Prestation de compensation du handicap (PCH) versée par le Conseil général
----------	---	---

L'Allocation personnalisée d'autonomie

Ont été considérées comme bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa) les personnes qui déclaraient se trouver dans une des deux situations suivantes :

- | | | |
|-----------|---|---|
| 1 | <i>RALLOC.</i>
Percevez-vous personnellement (ou votre famille perçoit-elle pour vous) l'une des prestations suivantes : | <i>Revenus</i>
<input checked="" type="checkbox"/> 7. Allocation personnalisée d'autonomie (Apa) versée par le Conseil général |
| ou | | |
| 2 | <i>RAPADEC.</i>
Quelle décision a-t-elle été rendue lors de votre dernière demande d'Apa ? | <input checked="" type="checkbox"/> 3. Attribution de l'allocation pour financer de l'aide professionnelle à domicile
<input checked="" type="checkbox"/> 4. Attribution de l'allocation pour rémunérer un aidant familial
<input checked="" type="checkbox"/> 5. Attribution de l'allocation pour financer des aides techniques ou travaux d'aménagement du logement |

Les limitations fonctionnelles

Les limitations fonctionnelles sont groupées en trois catégories : motrices, psychiques, intellectuelles ou mentales et sensorielles (Espagnacq, 2012). Les limitations motrices ont été définies en considérant les personnes qui ont déclaré au moins une limitation motrice importante (modalité « beaucoup de difficultés » ou « ne peut pas du tout ») ou les personnes qui ont déclaré des difficultés pour au moins trois des sept items¹⁴. La catégorie des limitations sensorielles regroupe les personnes aveugles, les personnes sourdes ainsi que celles qui ont déclaré des limitations visuelles ou auditives importantes et également les personnes ayant déclaré utiliser une canne blanche ou un chien d'aveugle. La catégorie de limitations psychiques, intellectuelles ou mentales (Pim) est une catégorie agrégée, constituée en considérant plusieurs cas de figure : les individus déclarant au moins trois limitations dans ce champ assorties de la fréquence « souvent » ou au moins cinq limitations avec les fréquences « souvent » ou « parfois », les individus déclarant une combinaison d'une déficience portant sur la mémoire, l'apprentissage ou la compréhension et une limitation (Roussel, Giordano *et al.*, 2012). Afin de récupérer les individus ayant des troubles intellectuels et mentaux importants et n'ayant pas déclaré de limitations, certaines maladies (autisme, trisomie 21) et déficiences (retards intellectuels) sont intégrées à la définition des limitations Pim.

¹⁴ Les items des limitations motrices sont les suivantes : marcher 500 mètres, monter un escalier, s'agenouiller, porter 5 kilos sur 10 mètres, lever les bras, se servir de ses mains ou prendre un objet.

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

Les allocations compensant une incapacité à réaliser une activité professionnelle

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

Pour les motifs de reconnaissance administrative adossés à des versements financiers, la logique de ces allocations est de compenser une incapacité à travailler en versant des revenus de substitution aux adultes handicapés (Weber, 2011). Si la personne est en activité professionnelle (ou a cotisé suffisamment), c'est la Sécurité sociale qui reconnaît le statut de « personne handicapée » au travers du versement d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail ou maladie professionnelle, variant selon son degré de perte de capacité par rapport à l'activité professionnelle et l'origine de la pathologie invalidante. L'Allocation aux adultes handicapés (AAH) est en revanche un minimum social, elle est versée par la Caisse d'allocations familiales et octroyée par la MDPH. Elle est versée aux personnes qui sont reconnues handicapées dont les ressources sont inférieures au montant de l'AAH (y compris celles qui perçoivent une pension par l'assurance maladie, si elles respectent les conditions de ressources de l'AAH).

La pension d'invalidité et l'Allocation supplémentaire d'invalidité (Asi)

La pension d'invalidité a pour vocation de couvrir le risque de ne plus pouvoir travailler dans des conditions normales (ou ne plus pouvoir travailler du tout) à la suite d'une maladie ou d'un accident d'origine non professionnelle. Fin 2014, on dénombre 1 006 269 bénéficiaires d'une pension d'invalidité, âgés de moins de 60 ans (Sécurité sociale, 2016).

L'âge moyen des bénéficiaires s'établit entre 51 et 55 ans en fonction des régimes. Pour bénéficier du dispositif, la personne doit avoir eu une maladie ou un accident d'origine non professionnelle qui a provoqué une réduction de la capacité de travail d'au moins deux tiers¹⁴, « mettant la personne hors d'état de se procurer, dans une profession quelconque, un salaire supérieur à un tiers de la rémunération normale perçue dans la même région par des travailleurs de la même catégorie, dans la profession qu'il exerçait avant la date d'interruption de travail suivie d'invalidité ou la date de la constatation médicale de l'invalidité si celle-ci résulte de l'usure prématurée de l'organisme ». La personne doit avoir exercé une activité professionnelle dans l'année précédant sa demande¹⁵ et ne doit pas avoir atteint l'âge

¹⁴ Selon l'article L.341-1 du code de la Sécurité sociale.

¹⁵ Au cours des douze mois qui précèdent l'arrêt de travail pour invalidité ou constatation médicale de l'invalidité, il faut soit avoir effectué au moins 800 heures de travail salarié dont 200 heures au moins au cours des trois

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

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

Irdes septembre 2019

légal de départ à la retraite (entre 60 et 62 ans). La demande se fait auprès de l'Assurance maladie (ou MSA, RSI...). Il existe trois catégories de pension, la catégorie est déterminée par le médecin conseil :

- Catégorie 1 : Si la personne est encore capable d'exercer une activité professionnelle rémunérée, le montant mensuel de la pension est de 30 % du revenu antérieur, estimé sur la base des dix meilleures années reportées au compte. Il est compris entre 281,93 euros et 980,70 euros (au 1^{er} janvier 2017). Fin 2014, on estime que 26 % des bénéficiaires ont une pension de catégorie 1 (Aubert, Kuhn *et al.*, 2016).
- Catégorie 2 : Si l'invalidé est « absolument incapable d'exercer une profession quelconque » (article L.341-4 du code de la Sécurité sociale), le montant mensuel de la pension est de 50 % du revenu antérieur, estimé sur la base des dix meilleures années reportées au compte. Il est compris entre 281,93 euros et 1 634,50 euros (données au 1^{er} janvier 2017). Les bénéficiaires de cette catégorie 2 représentent 72 % de l'ensemble des bénéficiaires d'une pension d'invalidité (Aubert, Kuhn *et al.*, 2016).
- Catégorie 3 : Si la personne ne peut plus exercer d'activité professionnelle (catégorie 2) et qu'elle a en outre besoin de l'aide d'une personne pour l'assister dans les gestes essentiels de la vie courante (se laver, s'habiller, se nourrir,...), la personne peut bénéficier, en sus de la pension de catégorie 2, d'une majoration tierce personne (MTP) de 1 104,91 euros par mois, soit entre 1 386 euros et 2 739 euros (données au 1^{er} janvier 2017). Les bénéficiaires d'une pension de catégorie 3 représentent une très faible fraction des bénéficiaires d'une pension d'invalidité (pas plus de 2 % à la fin de l'année 2014) [Aubert, Kuhn *et al.*, 2016].

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

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

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

premiers mois, soit avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2 030 fois le Smic horaire dont 1 015 fois au moins au cours des six premiers mois. Cela implique d'avoir cotisé mensuellement pour au moins 1 600 euros et d'avoir travaillé au moins 15 heures par semaine.

La rente d'incapacité du travail

A l'issue d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, si la personne conserve des séquelles et souffre d'une diminution durable de ses capacités physiques ou mentales, la Caisse primaire d'assurance maladie (Cpam) détermine un taux d'incapacité partielle permanente (IPP). En fonction de ce taux, le salarié bénéficie d'une indemnisation sous forme d'indemnité en capital ou de rente viagère.

Pour une IPP inférieure à 10 %, la personne touche une indemnité en capital en un seul versement (compris entre 411 euros et 4 110 euros¹⁶). Dans ce cas de figure, le montant de la rente est calculé en fonction du taux d'IPP¹⁷ et du salaire antérieur (sur les douze derniers mois). Le salaire pris en compte pour déterminer cette rente ne peut pas être inférieur à 18 281,80 euros et supérieur à 146 254,40 euros par an (en 2016).

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

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

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

¹⁶ Données du 1^{er} janvier 2016.

¹⁷ Le montant de la rente est calculé à partir du salaire des douze mois précédant l'arrêt de travail. Il est égal au salaire annuel multiplié par le taux d'incapacité préalablement réduit de moitié pour la partie du taux ne dépassant pas 50 % et augmenté de moitié pour la partie supérieure à 50 %. Il n'y a pas de durée minimum de cotisation ou d'ancienneté pour en bénéficier.

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

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

Irdes septembre 2019

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

L'Allocation aux adultes handicapés (AAH) et ses compléments

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

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

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

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

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

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

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

- Le complément de ressources (en 2014, il concerne 6 % des bénéficiaires de l'AAH (Drees, 2016)) a pour objectif de compenser l'absence durable de revenus d'activité des personnes handicapées dans l'incapacité de travailler. Il faut donc remplir les conditions suivantes : avoir une capacité de travail, appréciée par la CDAPH, inférieure à 5 % du fait du handicap, ne pas avoir perçu de revenu à caractère professionnel depuis un an à la date du dépôt de la demande de complément, avoir un logement indépendant. Son montant, de 179 euros (Drees, 2016), n'est plus versé après 60 ans.
- La majoration pour la vie autonome (en 2014, elle concerne 14 % des bénéficiaires de l'AAH (Drees 2016)) a pour objectif d'aider les personnes en situation de handicap vivant dans un logement indépendant à faire face aux dépenses que cela implique. Il faut donc remplir également les conditions suivantes : disposer d'un logement pour lequel la personne bénéficie d'une aide au logement, résider en France, ne pas percevoir de revenu d'activité à caractère professionnel. Son montant, de 104,77 euros (Drees, 2016), continue d'être attribué après 60 ans si la personne répond à l'ensemble des critères. Ces deux compléments ne sont pas cumulables. Ils sont directement attribués si la personne peut en bénéficier au moment de l'instruction du dossier AAH (il n'y a pas de risque de non recours).

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

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

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

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

De très nombreux rapports présentent la « barrière d'âge de 60 ans » comme le moment d'un basculement entre un champ de prise en charge – celui du handicap prétendument plus généreux – vers celui de la dépendance. Ce basculement serait lourd de conséquences pour les personnes concernées qui seraient à la fois exposées à une diminution de revenus et à une perte de droits une fois passé ce seuil (Bonnet, 2004 ; Blanc, 2006 ; Weber, 2011 ; Gohet, 2013). Pourtant, si on l'examine plus précisément, ce « seuil de 60 ans » ne revêt aucune réalité particulière pour les personnes qui perçoivent des allocations compensant une incapacité à réaliser une activité professionnelle. Dans un premier temps, aucune des allocations analysées supra – pension d'invalidité, rente d'incapacité, AAH – ne s'interrompt à l'âge de 60 ans. Ces allocations peuvent même être demandées au-delà de 60 ans, si la demande est faite avant l'âge légal du départ en retraite. Par ailleurs, l'âge de la retraite n'est pas non plus une barrière pour les personnes bénéficiant d'une rente d'accident du travail qui est une rente

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

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

Irdes septembre 2019

viagère. Cette rente d'accident du travail n'est pas prise en compte dans les revenus pour prétendre à l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) et est donc cumulable avec l'Aspa ou une pension de retraite. Par ailleurs, pour les allocataires qui se sont vus attribué un taux d'incapacité permanente égal ou supérieur à 66,6 %, l'exonération du ticket modérateur pour tous les soins et traitements reste acquise au-delà de l'âge de la retraite.

L'âge de la retraite marque en revanche une bascule, avec la possibilité de bénéficier de nouvelles prestations pour les individus qui sont reconnus inaptes au travail, de même que la fin d'autres prestations (AAH avec une reconnaissance à moins de 80 % de handicap et la pension d'invalidité¹⁸). S'agissant des nouvelles prestations, les personnes reconnues inaptes au travail peuvent notamment prétendre percevoir le minimum vieillesse, prestation qui ne leur est pas spécifique, mais qu'elles peuvent toucher plus précocement que les autres bénéficiaires qui doivent attendre l'âge de 65 ans. A la fin de l'année 2014, 554 200 allocataires percevaient le minimum vieillesse (Drees, 2016). Il concerne les personnes n'ayant jamais travaillé ou pour lesquelles la pension de retraite serait inférieure à l'Aspa et qui répondent aux critères d'attribution de la prestation. Ce minimum vieillesse englobe deux prestations, Aspa mise en place en 2007 qui concerne tous les nouveaux entrants, et l'Allocation de solidarité vieillesse (ASV) introduite en 1956 et qui continue d'être versée aux personnes qui en bénéficiaient avant la réforme (Drees, 2016). Les deux prestations visent à assurer un minimum de revenus aux personnes éligibles (Drees, 2016). La personne âgée et, le cas échéant, son conjoint ou concubin ou partenaire lié par un Pacte civil de solidarité (Pacs) doivent faire valoir en priorité les droits à pension de retraite auxquels ils peuvent prétendre auprès des régimes de base et complémentaires français ou étrangers, ou propres aux organisations internationales. S'agissant de l'Aspa, une personne seule doit toucher moins de 9 609 euros par an et un couple moins de 14 919 euros euros (données au 1^{er} janvier 2017). L'Aspa permet de garantir 801 euros par mois pour une personne seule et 1 243 euros pour les personnes en couple. Les bénéficiaires du minimum vieillesse sont plus souvent des femmes (56 %), la plupart du temps isolées (73 % des bénéficiaires) [Drees, 2016].

Les personnes qui ont eu une activité avant leur accident de travail ou leur reconnaissance d'invalidité peuvent exercer le droit d'obtenir une pension de retraite à taux plein (50 %) à l'âge légal du départ en retraite sans avoir nécessairement cotisé le nombre de trimestres nécessaires. Une décote sur le nombre de trimestres réellement effectués est réalisée ($\text{salaire de base} \times 0.5 \times (\text{nombre de trimestres validés} / \text{nombre de trimestres à cotiser})$). Par exemple, une personne qui a un salaire de base de 1 500 euros qui a arrêté de travailler à 55 ans (à laquelle il manque 20 trimestres de cotisation) percevra 656 euros au lieu de 750 euros pour un taux plein. A titre de comparaison, une personne sans reconnaissance de handicap qui arriverait à l'âge de la retraite sans avoir tous ses trimestres de cotisation se verrait appliquer une seconde décote sur son salaire de base (-1,25 % par trimestre manquant), ce qui amènerait cette personne à ne percevoir que 490 euros de retraite. Pour les personnes qui bénéficiaient d'une pension d'invalidité de catégorie 3 assortie d'une Majoration pour tierce personne (MTP) avant l'âge de la retraite, la MTP continue d'être versée après. La situation des bénéficiaires d'une pension d'invalidité diffère toutefois selon qu'ils ont liquidé leurs droits à la retraite avant ou après le 31 mai 1983. Pour la première catégorie d'entre eux, l'article L.341-15 du code de la Sécurité sociale prévoit qu'au moment de la conversion de leur départ à la retraite, la pension de vieillesse ne pouvait être d'un montant inférieur à celui de la pension d'invalidité dont bénéficiait l'invalidé à cet âge. Suite à la mise en place de la réforme Balladur de 1993, le mode de calcul de la pension d'invalidité, basé sur le salaire moyen des dix meilleures années, est devenu plus avantageux que celui de la

¹⁸ A noter toutefois que dans les régimes de la Fonction publique et dans certains régimes spéciaux (RATP, SNCF, par exemple), les pensions d'invalidité sont versées jusqu'au décès des personnes pour un montant inchangé par rapport à ce qui prévalait avant l'âge de la retraite (Aubert *et al.*, 2016).

pension de vieillesse pour inaptitude, basé sur le salaire annuel moyen des onze à vingt-cinq meilleures années selon la naissance. En revanche, pour les pensions d'invalidité d'un montant modeste, qui peuvent être associées à une Asi, le montant maximal qui peut être perçu est de 702 euros pour une personne seule avant l'âge de la retraite. Cette personne est de fait éligible à l'Aspa qui lui garantit un minimum de 801 euros par mois, soit une augmentation de son revenu au moment du passage à la retraite.

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

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

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

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Irdes septembre 2019

Annexe 3. Résultats par postes de dépenses

Sommaire de l'annexe

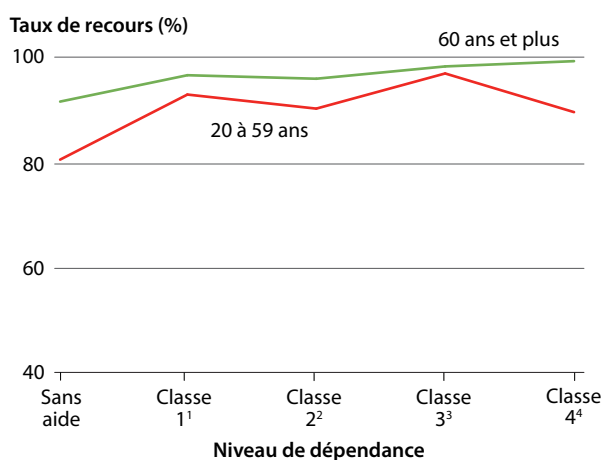
<p>87 Médecins généralistes Recours à l'aide humaine 87 Reconnaissance administrative de handicap 90</p>	<p>129 Appareils et matériels pour traitements Recours à l'aide humaine129 Reconnaissance administrative de handicap 131</p>
<p>92 Médecins spécialistes Recours à l'aide humaine 92 Reconnaissance administrative de handicap 95</p>	<p>133 Biologie Recours à l'aide humaine133 Reconnaissance administrative de handicap135</p>
<p>97 Pharmacie Recours à l'aide humaine.....97 Reconnaissance administrative 100</p>	<p>138 Transports Recours à l'aide humaine138 Reconnaissance administrative de handicap 140</p>
<p>102 Actes médicaux infirmiers Recours à l'aide humaine102 Reconnaissance administrative105</p>	<p>142 Hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) Recours à l'aide humaine142 Reconnaissance administrative de handicap144</p>
<p>107 Actes infirmiers de soins Recours à l'aide humaine.....107 Reconnaissance administrative 109</p>	<p>146 Hospitalisation en Soins de suite et de réadaptation (SSR) Recours à l'aide humaine146 Reconnaissance administrative de handicap148</p>
<p>111 Kinésithérapie Recours à l'aide humaine111 Reconnaissance administrative de handicap 114</p>	<p>150 Hospitalisation psychiatrique Recours à l'aide humaine150 Reconnaissance administrative de handicap 151</p>
<p>116 Optique Recours à l'aide humaine 116 Reconnaissance administrative de handicap 118</p>	<p>153 Traitements et cures ambulatoires Recours à l'aide humaine153 Reconnaissance administrative de handicap 155</p>
<p>120 Prothèses dentaires Recours à l'aide humaine120 Reconnaissance administrative de handicap122</p>	
<p>124 Autres prothèses et orthèses Recours à l'aide humaine124 Reconnaissance administrative de handicap 127</p>	

Médecins généralistes

Recours à l'aide humaine

Que les personnes aient ou non recours à de l'aide humaine pour réaliser les activités de la vie quotidienne, le niveau de recours aux médecins généralistes est en moyenne supérieur à 80 %. Lorsque les personnes sont âgées de plus 60 ans ou lorsqu'elles ont recours à de l'aide humaine quel que soit leur âge, les taux de recours aux généralistes dépassent 90 % (graphique A3.1).

Graphique A3-1 Taux de recours à un médecin généraliste par niveau de dépendance avant et après 60 ans



¹ Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'AVQ. ² Classe 2 : Recours à de l'aide humaine principalement pour les AVQ et quasiment pas pour les AVQ. ³ Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées. ⁴ Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AVQ et d'AVQ.

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Les individus de moins de 60 ans qui recourent à l'aide humaine pour réaliser les activités de la vie quotidienne affichent une probabilité de recours au médecin généraliste plus élevée que les individus du même âge qui n'y recourent pas, deux fois plus élevée pour les individus de la classe 4 et même huit fois plus élevée pour ceux de la classe 3 (tableau A3.1). Pour les personnes qui ne recourent pas à l'aide humaine, le fait d'avoir plus de 60 ans impacte significativement le taux de recours au médecin généraliste. C'est un effet de la même amplitude qui est observé pour les individus âgés de plus de 60 ans et qui figurent dans l'une des trois premières catégories de recours à l'aide humaine par rapport aux individus de moins de 60 ans y recourant. En revanche, les individus âgés de plus de 60 ans et qui figurent dans la classe 4 de recours à l'aide humaine affichent un taux de recours au médecin généraliste significativement plus élevé que les autres catégories d'individus précitées (tableau A3.1).

Dans la population âgée de 20 à 59 ans, la dépense liée aux consultations de médecins généralistes est environ deux fois plus élevée pour les individus qui recourent à l'aide humaine que pour les individus qui n'y recourent pas, avec un niveau de dépense comparable dans les deux premières classes de recours à l'aide humaine – autour de 235 euros annuels – et un plus élevé dans les deux classes de recours le plus élevé à l'aide humaine – supérieur à 280 euros annuels – (tableau A3.1). La variabilité de la dépense liée aux consultations de

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Annexe 3. Résultats par postes de dépenses

Irdes septembre 2019

Tableau A3.1 Statistiques descriptives des dépenses et des restes à charge de médecins généralistes selon le besoin d'aide humaine et l'âge

		Effectifs bruts	Moyenne pondérée en €	Ecart-type	1 ^{er} quartile	Médiane	4 ^e quartile	Coefficient de variation
De 20 à 59 ans								
Sans aide	Dépenses	7 477	125	121	44	88	158	0,97
	Restes à charge	7 477	42	52	15	27	52	1,26
Classe 1 ¹	Dépenses	1 013	238	207	88	194	330	0,87
	Restes à charge	1 013	46	62	10	23	61	1,36
Classe 2 ²	Dépenses	250	235	187	84	182	360	0,80
	Restes à charge	250	38	56	8	18	48	1,47
Classe 3 ³	Dépenses	283	291	265	123	238	388	0,91
	Restes à charge	283	28	41	6	13	36	1,49
Classe 4 ⁴	Dépenses	94	282	260	122	176	372	0,92
	Restes à charge	94	26	38	3	12	37	1,46
60 ans et plus								
Sans aide	Dépenses	3 798	188	146	88	154	243	0,78
	Restes à charge	3 798	46	51	14	30	61	1,11
Classe 1 ¹	Dépenses	1 346	297	221	154	252	390	0,74
	Restes à charge	1 346	50	60	12	30	65	1,20
Classe 2 ²	Dépenses	496	344	238	178	288	446	0,69
	Restes à charge	496	48	61	12	24	62	1,27
Classe 3 ³	Dépenses	837	409	263	216	364	531	0,64
	Restes à charge	837	43	58	10	19	47	1,36
Classe 4 ⁴	Dépenses	340	450	302	241	366	588	0,67
	Restes à charge	340	32	53	9	17	28	1,67
Ensemble	Dépenses	15 934	160	155	66	110	210	0,97
	Restes à charge	15 934	43	53	14	28	53	1,23

¹ Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'AVQ. ² Classe 2 : Recours à de l'aide humaine principalement pour les AVQ et quasiment pas pour les AVQ. ³ Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées. ⁴ Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AVQ et d'AVQ.

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus ayant eu recours à un médecin généraliste.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

médecins généralistes est plus forte pour les individus qui ne recourent pas à l'aide humaine que pour ceux qui y recourent, ce qui montre bien qu'en sélectionnant une population qui recoure à l'aide humaine, on filtre une population plus homogène en termes de besoins de soins. En revanche, malgré des dépenses de généralistes toujours plus élevées dans la population âgée de moins de 60 ans qui recoure à l'aide humaine, ses restes à charge liés à ces dépenses sont en moyenne systématiquement plus faibles que ceux supportés par la population qui ne recoure pas à l'aide. Ceci s'explique par le fait que la population qui recoure à l'aide est plus souvent exonérée du ticket modérateur. Le coefficient de variation plus élevé des restes à charge des personnes qui recourent à l'aide humaine rappelle que leurs situations sont plus contrastées, selon qu'elles bénéficient ou non d'une exonération du ticket modérateur, n'en bénéficient pas, ou sont confrontées à une dépense élevée en lien avec les soins de généralistes et peuvent alors se retrouver avec un reste à charge plus important.

Dans la tranche d'âge des individus âgés de 60 ans et plus, la dépense liée aux consultations de médecins généralistes est non seulement plus élevée pour les individus qui recourent à l'aide que pour ceux qui n'y recourent pas mais en plus croissante avec le degré de recours à l'aide humaine : de 297 euros annuels dans la classe 1 à 450 euros dans la classe 4. Cette croissance des dépenses ne se retrouve toutefois pas au niveau des restes à charge liés à

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Annexe 3. Résultats par postes de dépenses

Irdes septembre 2019

ces dépenses, qui au contraire décroissent en fonction du degré de recours à l'aide humaine. Cet écrêtement des restes à charge est obtenu par le jeu de l'exonération du ticket modérateur. Toutefois, ce panorama de restes à charge moyens réduits par le biais de l'exonération du ticket modérateur ne doit pas faire oublier des situations de restes à charge potentiellement élevés pour les assurés de droit commun qui figurent dans les classes les plus élevées de recours à l'aide humaine.

Nous approfondissons maintenant l'analyse en distinguant l'impact de l'effet de l'âge de celui du degré de recours à l'aide humaine.

Les dépenses liées aux consultations des médecins généralistes sont en moyenne deux fois plus élevées pour les individus de moins de 60 ans qui recourent à l'aide humaine que pour ceux du même âge qui n'y recourent pas. L'impact du degré de recours à l'aide humaine est toutefois faible car le coefficient multiplicateur des dépenses varie peu selon les classes de recours (de 1,9 dans la classe 1 à 2,3 dans la classe 3) [tableau A3.2]. Pour les individus qui ne recourent pas à l'aide humaine, les dépenses de généralistes des personnes âgées de 60 ans et plus sont en moyenne 1,5 fois plus élevées que celles des individus âgés de 20 à 59 ans. Les dépenses de généralistes des individus âgés de 60 ans et plus associées aux classes 2, 3 et 4 de recours à l'aide humaine augmentent dans une proportion équivalente (1,5 fois supérieures) par rapport aux dépenses supportées par les individus âgés de 20 à 59 ans des mêmes classes. En revanche, les individus âgés de 60 ans et plus qui figurent dans la première classe de recours à l'aide humaine encourent une dépense de soins de généralistes augmentée de seulement 25 % par rapport aux individus de la même classe âgés de 20 à 59 ans.

Tableau A3.2 Variation des recours, des dépenses et des restes à charge de médecins généralistes en fonction du niveau de recours à l'aide humaine et de l'âge

	Recours		Dépenses		Restes à charge	
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2
Recours à l'aide humaine						
Sans aide	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Classe 1 ¹	3,018 ***	3,322 ***	1,676 ***	1,903 ***	1,083	1,103
Classe 2 ²	2,252 ***	2,263 ***	1,857 ***	1,877 **	1,004	0,909
Classe 3 ³	5,849 ***	7,878 ***	2,222 ***	2,327 ***	0,865 *	0,666 ***
Classe 4 ⁴	3,698 ***	2,065 *	2,392 ***	2,26 ***	0,670 ***	0,624 *
Age						
20-59 ans	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
60 ans et plus	2,641 ***	2,658 ***	1,473 ***	1,504 ***	1,119 ***	1,114 ***
Interaction âge et aide humaine						
20-59 ans	Sans aide		Réf.	Réf.	Réf.	
	Classe 1 ¹		0,809	0,83 ***	0,977	
60 ans	Classe 2 ²		0,986	0,975	1,145	
et plus	Classe 3 ³		0,616	0,934	1,382 **	
	Classe 4 ⁴		6,471 **	1,06	1,101	
Effectifs	18 050	18 050	15 934	15 934	15 934	15 934

¹ Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'AIVQ. ² Classe 2 : Recours à de l'aide humaine principalement pour les AIVQ et quasiment pas pour les AVQ. ³ Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AIVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées. ⁴ Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AIVQ et d'AVQ.

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Annexe 3. Résultats par postes de dépenses

Irdes septembre 2019

Les restes à charge liés aux consultations de médecins généralistes des personnes âgées de moins de 60 ans qui sont situées dans les deux premières classes de recours à l'aide humaine ne sont pas significativement différents des restes à charge des personnes du même âge qui n'y recourent pas. Par ailleurs, les restes à charge des personnes de moins de 60 ans des classes 3 et 4 du recours à l'aide humaine sont en moyenne inférieurs de 33 % et de 37 % à ceux des personnes de moins de 60 ans qui n'ont pas recours à l'aide humaine. Cette situation s'explique du fait que dans les classes 3 et 4 de recours à l'aide humaine, une proportion plus importante d'individus est couverte par l'ALD et voit son reste à charge lié aux dépenses de généralistes pris en charge par l'assurance maladie obligatoire au titre de la maladie exonérante.

Les individus de plus de 60 ans qui recourent à l'aide humaine ont une augmentation modérée de leur reste à charge lié aux dépenses de généralistes – de l'ordre de 11 % – par rapport aux individus âgés de 20 à 59 ans.

Les individus âgés de plus de 60 ans qui recourent à l'aide humaine (dans les classes 1,2 et 4) ont une augmentation de leur reste à charge de même ampleur (11 %) après 60 ans, tandis que les individus de la classe 3 doivent supporter une augmentation plus conséquente (+54 %).

Reconnaissance administrative de handicap

Le taux de recours aux médecins généralistes est plus élevé parmi les individus qui ont une reconnaissance de handicap que parmi ceux qui n'en ont pas (écart d'au moins 4 points pour les bénéficiaires de rentes d'incapacité et culminant même à 11,5 points pour les bénéficiaires d'une pension d'invalidité).

Les bénéficiaires de pension d'invalidité et les titulaires de l'AAH se distinguent par des dépenses de soins de généralistes significativement plus élevées que celles des individus sans reconnaissance (252 euros et 231 euros respectivement *versus* 153 euros annuels) [tableau A3.3]. Les bénéficiaires de rentes d'incapacité supportent des dépenses plus élevées

Tableau A3.3 Statistiques descriptives des taux de recours, des dépenses et des restes à charge de médecins généralistes selon la reconnaissance de handicap

		Effectifs bruts	Moyenne pondérée	Ecart-type	1 ^{er} quartile	Médiane	4 ^e quartile	Coefficient de variation
Sans reconnaissance	Taux de recours	14 497	83,9 %	36,8 %	1	1	1	44 %
	Dépenses	12 627	153	148	60	110	198	96 %
	Restes à charge	12 627	44	53	15	30	54	121 %
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	Taux de recours	1 144	90,6 %	29,1 %	1	1	1	32 %
	Dépenses	1 001	231	240	84	172	304	104 %
	Restes à charge	1 001	30	42	7	15	35	142 %
Pension d'invalidité	Taux de recours	2 080	95,4 %	21,0 %	1	1	1	22 %
	Dépenses	2 001	252	210	110	198	328	83 %
	Restes à charge	2 001	30	45	6	14	34	154 %
Rente d'incapacité	Taux de recours	329	89,1 %	31,2 %	1	1	1	35 %
	Dépenses	305	166	139	66	132	235	84 %
	Restes à charge	305	41	49	8	30	53	120 %
Ensemble des plus de 20 ans	Taux de recours	18 050	84,6 %	36,1 %	1	1	1	43 %
	Dépenses	15 934	160	155	66	110	210	97 %
	Restes à charge	15 934	43	53	14	28	53	123 %

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Annexe 3. Résultats par postes de dépenses

Irdes septembre 2019

que les individus sans reconnaissance de handicap, mais l'écart est de plus faible ampleur (166 euros *versus* 153 euros). Malgré des dépenses moyennes supérieures, les restes à charge des individus qui bénéficient d'une reconnaissance de handicap sont en moyenne plus faibles que ceux des individus qui n'ont pas cette reconnaissance (30 euros pour les bénéficiaires de l'AAH ou les bénéficiaires de pensions d'invalidité et 41 euros pour les bénéficiaires d'une rente d'incapacité *versus* 44 euros pour les individus qui n'ont pas de reconnaissance de handicap). L'équivalence entre les restes à charge des bénéficiaires de pension d'invalidité et ceux des bénéficiaires de l'AAH ne doit pas occulter les règles très différentes qui régissent ces deux types de reconnaissance de handicap : les premiers ne bénéficient pas d'une exonération du ticket modérateur à moins d'être en ALD tandis que les seconds, comme les bénéficiaires de rentes d'incapacité, sont exonérés du ticket modérateur pour leurs dépenses remboursables.

Nous approfondissons l'analyse en distinguant les effets de l'âge, du sexe et de la reconnaissance de handicap. Les bénéficiaires de l'AAH recourent deux fois plus aux médecins généralistes et les bénéficiaires de pensions d'invalidité trois fois plus, comparativement aux individus qui n'ont pas de reconnaissance de handicap (tableau A3.4). Les dépenses de généralistes sont plus élevées pour les bénéficiaires de l'AAH et les bénéficiaires de pensions d'invalidité – respectivement +76 % et +47 % – comparativement aux individus qui n'ont pas de reconnaissance de handicap. Les restes à charge des bénéficiaires de l'AAH et des bénéficiaires de pensions d'invalidité sont au contraire réduits de respectivement 29 % et 34 % par rapport à ceux des individus sans reconnaissance administrative de handicap. En revanche, les bénéficiaires de rentes d'incapacité ne se distinguent des assurés sans reconnaissance administrative de handicap ni en termes de recours ni en termes de dépenses ni en termes de restes à charge.

Tableau A3.4 Variation des recours, des dépenses et des restes à charge de médecins généralistes en fonction de la reconnaissance administrative

	Recours		Dépenses		Restes à charge	
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2
Reconnaissance administrative de handicap						
Sans reconnaissance	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	1,859 ***	2,201 ***	1,508 ***	1,761 ***	0,676 ***	0,710 ***
Pension d'invalidité	3,946 ***	3,099 ***	1,645 ***	1,466 ***	0,669 ***	0,664 ***
Rente d'incapacité	1,576	1,416	1,082	1,051	0,931	1,003
Sexe						
Homme		<i>Réf.</i>		<i>Réf.</i>		<i>Réf.</i>
Femme		1,681 ***		1,254 ***		1,457 ***
Age		1,026 ***		1,017 ***		1,004 ***
Effectifs	16 927	16 927	15 934	15 934	15 934	15 934

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

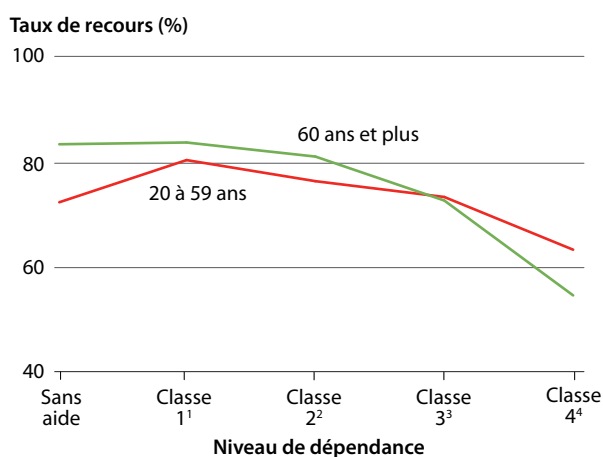
Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Médecins spécialistes

Recours à l'aide humaine

Pour les personnes qui ne recourent pas à l'aide humaine, le recours aux médecins spécialistes – toutes spécialités confondues – est plus élevé d'environ 10 points pour les personnes de plus de 60 ans par rapport aux personnes plus jeunes (83 % versus 73 %) [graphique A3.2]. Pour les personnes qui recourent à l'aide humaine, le taux de recours aux spécialistes est assez stable dans les trois premières classes de recours à l'aide humaine, et est un peu plus faible dans la classe 4, que les personnes soient âgées de moins ou de plus de 60 ans.

Graphique A3-2 Taux de recours à un médecin spécialiste par niveau de dépendance avant et après 60 ans



¹ Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'AIVQ. ² Classe 2 : Recours à l'aide humaine principalement pour les AIVQ et quasiment pas pour les AVQ. ³ Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AIVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées. ⁴ Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AIVQ et d'AVQ.

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Parmi les individus de moins de 60 ans qui recourent à l'aide humaine, seuls les individus avec les plus faibles besoins – ceux de la première classe – affichent une probabilité de recours aux spécialistes accrue de 54 % par rapport aux individus du même âge qui ne déclarent pas recourir à l'aide humaine (tableau A3.6). Les individus qui ont un besoin d'aide humaine plus marqué ne recourent pas plus aux médecins spécialistes que les individus sans besoin d'aide humaine. Les individus âgés de 60 ans et plus qui ne recourent pas à l'aide humaine ont une probabilité de recours aux spécialistes plus élevée de 90 % par rapport à la population âgée de 20 à 59 ans qui ne recourt pas à l'aide humaine. Les personnes âgées de 60 ans et plus qui sont dans les classes 1, 3 et 4 de recours à l'aide humaine affichent une probabilité de recours aux spécialistes qui augmente moins fortement par rapport aux individus âgés de 20 à 59 ans qui sont dans ces classes de recours à l'aide humaine.

Les dépenses de spécialistes des individus qui recourent à l'aide humaine sont significativement plus élevées que ceux qui n'y recourent pas, qu'ils soient âgés de 20 à 59 ans ou de 60 ans et plus. Si le niveau des dépenses de spécialistes est plus élevé quand les individus recourent à l'aide humaine, on n'observe toutefois pas de proportionnalité entre le niveau des dépenses et le degré de recours à l'aide humaine. En revanche, les restes à charge moyens liés aux dépenses de spécialistes sont décroissants avec le degré de recours à l'aide humaine. Le phénomène est observé quelle que soit la tranche d'âge étudiée, avant ou après 60 ans (tableau A3.5).

Tableau A3.5 Statistiques descriptives des dépenses et des restes à charge de médecins spécialistes selon le besoin d'aide humaine et l'âge

		Effectifs bruts	Moyenne pondérée en €	Ecart-type	1 ^{er} quartile	Médiane	4 ^e quartile	Coefficient de variation
De 20 à 59 ans								
Sans aide	Dépenses	6 701	235	275	74	159	300	1,17
	Restes à charge	6 701	80	114	23	50	99	1,42
Classe 1 ¹	Dépenses	896	465	710	112	285	553	1,53
	Restes à charge	896	99	203	21	47	120	2,05
Classe 2 ²	Dépenses	210	504	707	95	240	667	1,40
	Restes à charge	210	88	117	16	41	97	1,33
Classe 3 ³	Dépenses	214	503	664	112	287	627	1,32
	Restes à charge	214	70	103	9	35	97	1,48
Classe 4 ⁴	Dépenses	58	422	726	100	197	334	1,72
	Restes à charge	58	37	49	4	16	70	1,30
60 ans et plus								
Sans aide	Dépenses	3 423	334	446	112	225	413	1,34
	Restes à charge	3 423	99	175	26	60	116	1,77
Classe 1 ¹	Dépenses	1 177	404	558	116	251	486	1,38
	Restes à charge	1 177	108	218	21	53	115	2,01
Classe 2 ²	Dépenses	406	351	428	99	218	446	1,22
	Restes à charge	406	93	178	13	41	90	1,91
Classe 3 ³	Dépenses	620	341	438	94	211	399	1,28
	Restes à charge	620	71	105	16	43	91	1,49
Classe 4 ⁴	Dépenses	185	391	720	78	132	353	1,84
	Restes à charge	185	56	225	4	16	47	3,99
Ensemble	Dépenses	13 890	276	368	85	178	343	1,34
	Restes à charge	13 890	86	140	23	52	105	1,62

¹ Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'AVQ. ² Classe 2 : Recours à de l'aide humaine principalement pour les AVQ et quasiment pas pour les AVQ. ³ Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées. ⁴ Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AVQ et d'AVQ.

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus ayant une dépense de spécialiste en 2008.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Les dépenses de médecins spécialistes des individus âgés de moins de 60 ans qui recourent à l'aide humaine sont en moyenne deux fois plus élevées que celles des individus du même âge mais qui ne recourent pas à cette aide (tableau A3.6). Le degré de recours à l'aide humaine ne semble toutefois pas exercer d'influence sur le montant de la dépense de spécialistes : le coefficient varie peu selon les classes : de 1,8 à 2,15. Les individus âgés de 60 ans et plus qui ne recourent pas à l'aide humaine supportent des dépenses en moyenne 1,4 fois plus élevées que celles de leurs homologues âgés de 20 à 59 ans. Les individus de plus de 60 ans qui figurent dans les trois premières classes de recours à l'aide humaine supportent des dépenses en moyenne plus faibles de respectivement 13 %, 30 % et 32 % par rapport aux individus âgés de 20 à 59 ans qui figurent dans ces classes. En revanche, les individus âgés de 60 ans et plus qui sont dans la classe 4 de recours à l'aide humaine supportent des dépenses de spécialistes plus élevées de 40 % par rapport à celles des individus âgés de 20 à 59 ans qui sont dans la même classe de recours. Cette augmentation est similaire à celle observée dans la population qui ne recourt pas à l'aide humaine.

Les individus âgés de moins de 60 ans qui sont dans la classe 1 de recours à l'aide humaine ont un reste à charge lié aux dépenses de médecins spécialistes en moyenne supérieur de 23 % par rapport à celui des individus de la même tranche d'âge qui ne recourent

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Annexe 3. Résultats par postes de dépenses

Irdes septembre 2019

pas à cette aide. Les individus de la classe 4 se retrouvent quant à eux avec un reste à charge allégé d'environ 53 % par rapport à la même référence, tandis que les individus âgés de moins de 60 ans qui sont dans les deux classes intermédiaires de recours à l'aide humaine se retrouvent avec des niveaux de restes à charge qui ne se différencient pas de ceux des individus de la même tranche d'âge qui ne recourent pas à l'aide humaine. Le plus faible reste à charge lié aux dépenses de spécialistes pour les individus de la classe 4 s'explique par le fait que cette classe rassemble une fraction importante d'assurés exonérés du ticket modérateur, tous motifs confondus. Les individus âgés de 60 ans et plus qui ne recourent pas à l'aide humaine ont un reste à charge lié aux dépenses de spécialistes accru en moyenne de 23 % par rapport aux individus âgés de moins de 60 ans qui ne recourent pas à l'aide humaine. Le reste à charge des individus âgés de 60 ans et plus qui recourent à l'aide humaine augmente dans une proportion équivalente (+23 %) par rapport à leurs homologues qui sont âgés de 20 à 59 ans.

Tableau A3.6 Variation des recours, des dépenses et des restes à charge de médecins spécialistes en fonction du niveau de recours à l'aide humaine et de l'âge

	Recours		Dépenses		Restes à charge	
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2
Recours à l'aide humaine						
Sans aide	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Classe 1 ¹	1,250 *	1,539 **	1,457 ***	1,984 ***	1,142	1,233 *
Classe 2 ²	0,995	1,22	1,333 ***	2,149 ***	0,986	1,095
Classe 3 ³	0,653 ***	1,039	1,267 ***	2,143 ***	0,749 ***	0,869
Classe 4 ⁴	0,332 ***	0,65	1,368 *	1,8 **	0,545 *	0,466 ***
Age						
20-59 ans	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
60 ans et plus	1,774 ***	1,879 ***	1,317 ***	1,424 ***	1,218 ***	1,233 ***
Interaction âge et aide humaine						
20-59 ans	Sans aide		<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
	Classe 1 ¹		0,677 **	0,61 ***	0,89	
	Classe 2 ²		0,704	0,49 ***	0,862	
60 ans et plus	Classe 3 ³		0,514 ***	0,477 ***	0,82	
	Classe 4 ⁴		0,374 ***	0,651	1,222	
Effectifs	18 050	18 050	13 890	13 890	13 890	13 890

¹ Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'AIVQ. ² Classe 2 : Recours à de l'aide humaine principalement pour les AIVQ et quasiment pas pour les AVQ. ³ Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AIVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées. ⁴ Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AIVQ et d'AVQ.

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Reconnaissance administrative de handicap

Le taux de recours aux médecins spécialistes est plus élevé pour les titulaires de pensions d'invalidité et de rentes d'incapacité comparativement aux individus sans reconnaissance : respectivement 83,2 % et 76,3 % *versus* 75,4 % (tableau A3.7). En revanche, les bénéficiaires de l'AAH affichent une probabilité de recours aux spécialistes nettement plus faible que toutes les autres catégories considérées, seulement 67,2 %. Les bénéficiaires de l'AAH ont en moyenne des revenus plus faibles que les autres catégories de personnes, ayant ou non une reconnaissance administrative de handicap, et ne bénéficient pas d'une exonération du ticket modérateur – à moins d'être en ALD pour le seul périmètre de leur pathologie exonérante – au contraire des bénéficiaires de pensions d'invalidité et de rentes d'incapacité qui bénéficient d'une exonération de ticket modérateur pour leurs dépenses de santé. Ces deux facteurs pèsent sur l'accès aux spécialistes des bénéficiaires de l'AAH.

Les dépenses liées aux consultations de spécialistes atteignent un niveau similaire pour les bénéficiaires de l'AAH et pour les bénéficiaires de pensions d'invalidité (environ 400 euros) très nettement supérieur à celui qui prévaut pour les bénéficiaires d'une rente d'incapacité (320 euros) ou pour les individus sans reconnaissance administrative de handicap (267 euros). Les restes à charge des bénéficiaires de pension d'invalidité et des bénéficiaires de l'AAH sont en revanche plus faibles (respectivement 69 euros et 56 euros) que ceux supportés par les individus sans reconnaissance administrative de handicap (87 euros) [tableau A3.7].

Tableau A3.7 Statistiques descriptives des taux de recours, des dépenses et des restes à charge de médecins spécialistes selon la reconnaissance de handicap

		Effectifs bruts	Moyenne pondérée	Ecart-type	1 ^{er} quartile	Médiane	4 ^e quartile	Coefficient de variation
Sans reconnaissance	Taux de recours	14 497	75,4 %	43,1 %	1	1	1	57 %
	Dépenses	11 152	267	357	84	173	334	134 %
	Restes à charge	11 152	87	140	24	53	106	160 %
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	Taux de recours	1 144	67,2 %	47,0 %	0	1	1	70 %
	Dépenses	756	396	600	84	187	474	151 %
	Restes à charge	756	56	69	12	35	76	122 %
Pension d'invalidité	Taux de recours	2 080	83,2 %	37,4 %	1	1	1	45 %
	Dépenses	1 725	401	453	133	275	526	113 %
	Restes à charge	1 725	69	155	8	34	80	223 %
Rente d'incapacité	Taux de recours	329	76,3 %	42,6 %	1	1	1	56 %
	Dépenses	257	320	336	86	228	386	105 %
	Restes à charge	257	89	119	21	55	104	133 %
Ensemble des plus de 20 ans	Taux de recours	18 050	75,6 %	43,0 %	1	1	1	57 %
	Dépenses	13 890	276	368	85	178	343	134 %
	Restes à charge	13 890	86	140	23	52	105	162 %

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Nous poursuivons l'analyse dans le but de distinguer les effets de l'âge, du sexe et du type de reconnaissance administrative sur les dépenses et les restes à charge. Lorsque l'effet de l'âge et du sexe sont neutralisés, les bénéficiaires de l'AAH affichent des dépenses de spécialistes en moyenne supérieures de 61 % par rapport à celles des individus sans reconnais-

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Annexe 3. Résultats par postes de dépenses

Irdes septembre 2019

sance administrative de handicap, tandis que les titulaires de pensions d'invalidité accusent un différentiel de dépenses de +41 % par rapport à la même référence. Les dépenses des bénéficiaires de rentes d'incapacité sont supérieures de 21 % par rapport à celles des individus sans reconnaissance de handicap.

En dépit de dépenses nettement supérieures à celles des individus sans reconnaissance administrative de handicap, les restes à charge moyens des bénéficiaires de l'AAH sont réduits de 32,5 % par rapport aux individus sans reconnaissance tandis que ceux des bénéficiaires de pensions d'invalidité sont réduits de 22,5 % par rapport à la même référence.

Tableau A3.8 Variation des recours, des dépenses et des restes à charge de médecins spécialistes en fonction de la reconnaissance administrative

	Recours		Dépenses		Restes à charge	
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2
Reconnaissance administrative de handicap						
Sans reconnaissance	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	0,668 ***	0,752 **	1,485 ***	1,608***	0,642 ***	0,675 ***
Pension d'invalidité	1,611 ***	1,424 ***	1,503 ***	1,407***	0,793 **	0,775 ***
Rente d'incapacité	1,049	1,1	1,200 *	1,210 *	1,022	1,09
Sexe						
Homme	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Femme		2,249 ***		1,267 ***		1,435 ***
Age		1,018 ***		1,011 ***		1,007 ***
Effectifs	18 050	18 050	13 890	13 890	13 890	13 890

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

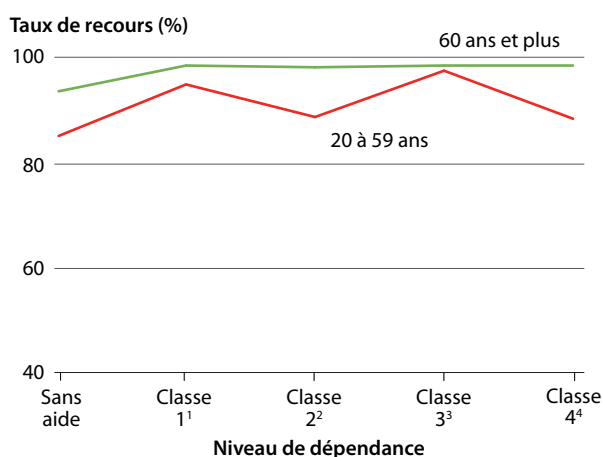
Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Pharmacie

Recours à l'aide humaine

Le taux de recours à la pharmacie est très élevé, à l'instar de ce qui est observé sur le recours au médecin généraliste : il n'est jamais inférieur à 85 % quelle que soit la classe d'âge considérée – avant ou après 60 ans – et quel que soit le degré de recours à l'aide humaine (graphique A3.3).

Graphique A3-3 Taux de recours à la pharmacie par niveau de dépendance avant et après 60 ans



¹ Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'AVQ. ² Classe 2 : Recours à de l'aide humaine principalement pour les AIVQ et quasiment pas pour les AVQ. ³ Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées. ⁴ Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AVQ et d'AVQ.

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Les individus âgés de moins de 60 ans qui figurent dans les classes 2 et 4 de recours à l'aide humaine n'ont pas une probabilité de recours plus forte à la pharmacie que les individus âgés de 20 à 59 ans qui n'y recourent pas. En revanche, les individus de moins de 60 ans de la classe 1 ont une probabilité de recours à la pharmacie trois fois plus importante tandis que les individus de la même tranche d'âge de la classe 3 ont une probabilité de recours six fois plus importante. Pour les individus qui ne recourent pas à l'aide humaine, le fait d'avoir plus de 60 ans s'accompagne d'une augmentation importante de la probabilité de recourir à la pharmacie par rapport à celle des individus âgés de moins de 60 ans. Les individus de plus de 60 ans qui recourent à l'aide humaine et qui sont dans les trois premières classes de recours à l'aide humaine sont confrontés à une augmentation de la probabilité de recours à la pharmacie de même ampleur que celle qui affecte les individus qui n'y recourent pas, au contraire des individus de la classe 4 de recours à l'aide humaine qui voient leur probabilité de recours à la pharmacie augmenter de façon beaucoup plus importante.

Les dépenses de pharmacie sont significativement plus élevées pour les individus qui recourent à l'aide humaine que pour ceux qui n'y recourent pas, constat qui se vérifie dans la tranche d'âge des 20-59 ans comme dans celle des 60 ans et plus. Le différentiel est encore plus marqué dans la classe d'âge des 20-59 ans (tableau A3.9) : les personnes de cette tranche d'âge qui recourent à l'aide humaine supportent des dépenses de pharmacie au moins quatre fois plus élevées que ceux qui ne déclarent pas de besoin d'aide humaine. Parmi les individus

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Annexe 3. Résultats par postes de dépenses

Irdes septembre 2019

âgés de 60 ans et plus, l'écart est plus mesuré entre les dépenses de pharmacie de ceux qui recourent à l'aide humaine et ceux qui n'y recourent pas. Avant l'âge de 60 ans comme après, on n'observe pas de proportionnalité de la dépense de pharmacie en fonction du degré de recours à l'aide humaine.

Les restes à charge liés aux dépenses de pharmacie sont plus élevés pour les individus qui recourent à l'aide humaine que pour ceux qui n'y recourent pas. Avant et après 60 ans, les individus de la classe 4 ont des restes à charge en moyenne inférieurs à ceux qui sont supportés dans les autres classes de recours à l'aide humaine, sans doute car ils sont plus souvent exonérés du ticket modérateur, tous motifs confondus.

Tableau A3.9 Statistiques descriptives des dépenses et des restes à charge pharmaceutiques selon le besoin d'aide humaine et l'âge

		Effectifs bruts	Moyenne pondérée en €	Ecart-type	1 ^{er} quartile	Médiane	4 ^e quartile	Coefficient de variation
De 20 à 59 ans								
Sans aide	Dépenses	7 817	345	1 057	42	113	313	3,07
	Restes à charge	7 817	89	123	18	45	108	1,39
Classe 1 ¹	Dépenses	1 030	1 393	3 384	194	572	1 322	2,43
	Restes à charge	1 030	155	195	34	86	202	1,26
Classe 2 ²	Dépenses	252	1 361	2 413	210	648	1 453	1,77
	Restes à charge	252	148	177	35	83	176	1,20
Classe 3 ³	Dépenses	285	1 901	3 330	364	949	2 018	1,75
	Restes à charge	285	158	210	37	89	197	1,33
Classe 4 ⁴	Dépenses	91	1 595	2 326	134	949	2 127	1,46
	Restes à charge	91	91	132	19	40	81	1,45
60 ans et plus								
Sans aide	Dépenses	3 864	952	1 759	277	646	1 172	1,85
	Restes à charge	3 864	220	210	65	166	315	0,95
Classe 1 ¹	Dépenses	1 369	1 585	2 388	659	1 177	1 980	1,51
	Restes à charge	1 369	288	259	89	229	402	0,90
Classe 2 ²	Dépenses	505	1 852	2 309	746	1 352	2 105	1,25
	Restes à charge	505	289	254	83	233	421	0,88
Classe 3 ³	Dépenses	837	1 945	2 033	901	1 583	2 453	1,05
	Restes à charge	837	240	246	65	159	345	1,03
Classe 4 ⁴	Dépenses	337	1 871	1 242	985	1 669	2 472	0,66
	Restes à charge	337	179	201	40	107	267	1,12
Ensemble	Dépenses	16 387	621	1 530	63	213	699	2,46
	Restes à charge	16 387	135	175	24	68	179	1,30

¹ Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'AVQ. ² Classe 2 : Recours à de l'aide humaine principalement pour les AVQ et quasiment pas pour les AVQ. ³ Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées. ⁴ Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AVQ et d'AVQ.

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus ayant une dépense de médicament en 2008.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

L'analyse se poursuit dans le but de distinguer les effets de l'âge et du degré de recours à l'aide humaine. Les dépenses de pharmacie des individus âgés de 20 à 59 ans qui recourent à l'aide humaine sont en moyenne quatre fois plus élevées que celles des individus du même âge qui n'y recourent pas (tableau A3.10). Toutefois, le degré de recours à l'aide humaine influence peu le différentiel de dépenses, le coefficient multiplicateur varie entre 3,9 dans la classe 2 à 5,5 dans la classe 3.

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Annexe 3. Résultats par postes de dépenses

Irdes septembre 2019

Les individus âgés de 60 ans et plus qui ne recourent pas à l'aide humaine supportent des dépenses de pharmacie en moyenne 2,8 fois plus élevées que celles de leurs homologues plus jeunes. Les individus âgés de 60 ans et plus qui recourent à l'aide humaine supportent des augmentations de dépenses plus modestes par rapport à leurs homologues plus jeunes, âgés de 20 à 59 ans : 14 % dans la classe 1, 36 % dans la classe 2, 2 % dans la classe 3 et 17 % dans la classe 4.

Les individus âgés de moins de 60 ans qui figurent dans les trois premières classes de recours à l'aide humaine supportent des restes à charge liés à la pharmacie qui sont plus élevés de 1,7 fois en moyenne par rapport aux individus du même âge qui ne recourent pas à cette aide. Ce constat ne vaut toutefois pas pour les individus de moins de 60 ans qui sont dans la quatrième classe de recours à l'aide humaine, qui ont un reste à charge moyen qui n'est pas significativement différent de celui des individus du même âge qui ne recourent pas à l'aide humaine. Cette exception des individus de la classe 4 peut s'expliquer par le fait qu'une fraction importante d'entre eux est exonérée du ticket modérateur, ce qui leur permet de bénéficier d'une prise en charge de leurs dépenses de pharmacie.

Les individus âgés de plus de 60 ans qui ne recourent pas à l'aide humaine supportent des restes à charge liés à la pharmacie en moyenne 2,5 fois plus élevés que ceux supportés par les individus âgés de 20 à 59 ans qui n'y recourent pas. Les personnes âgées de 60 ans et plus figurant dans les trois premières classes de recours à l'aide humaine supportent des augmentations de restes à charge plus modestes par rapport aux individus plus jeunes figurant dans ces classes: respectivement 85,5 % dans la classe 1, 95,9 % dans la classe 2 et 51,8 % dans la classe 3. En revanche, les individus de la classe 4 âgés de 60 ans et plus supportent une augmentation de leur reste à charge lié aux dépenses de pharmacie aussi importantes que celles que connaissent les individus sans besoin d'aide humaine.

Tableau A3.10 Variation des recours, des dépenses et des restes à charge de pharmacie en fonction du niveau de recours à l'aide humaine et de l'âge

	Recours		Dépenses		Restes à charge	
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2
Recours à l'aide humaine						
Sans aide	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Classe 1 ¹	3,456***	3,19***	2,169***	4,039***	1,400***	1,746***
Classe 2 ²	2,014**	1,382	2,342***	3,947***	1,378***	1,662***
Classe 3 ³	5,130***	6,352***	2,565***	5,511***	1,179***	1,776***
Classe 4 ⁴	2,116*	1,327	2,436***	4,624***	0,852*	1,018
Age						
20-59 ans	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
60 ans et plus	2,562***	2,508***	2,317***	2,761***	2,392***	2,477***
Interaction âge et aide humaine						
20-59 ans	Sans aide		<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	
	Classe 1 ¹			0,412***	0,748***	
60 ans	Classe 2 ²			0,493***	0,79**	
et plus	Classe 3 ³			0,371***	0,612***	
	Classe 4 ⁴			0,425***	0,799	
Effectifs	18 050	18 050	16 387	16 387	16 387	16 387

¹ Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'AVQ. ² Classe 2 : Recours à l'aide humaine principalement pour les AVQ et quasiment pas pour les AVQ. ³ Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées. ⁴ Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AVQ et d'AVQ.

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Annexe 3. Résultats par postes de dépenses

Irdes septembre 2019

Reconnaissance administrative

La probabilité de recours à la pharmacie est plus élevée pour les bénéficiaires d'une reconnaissance administrative de handicap que pour les individus n'en bénéficiant pas (tableau A3.11). La dépense de pharmacie est presque trois fois plus importante pour les bénéficiaires de l'AAH et les bénéficiaires d'une pension d'invalidité que pour les individus sans reconnaissance administrative de handicap (respectivement 1 514 euros et 1 616 euros *versus* 551 euros) [tableau A3.11]. En revanche, les titulaires d'une rente d'incapacité affichent des dépenses plus élevées de seulement 28 % par rapport à celles des individus sans reconnaissance administrative de handicap. En dépit des dépenses de pharmacie supportées par les bénéficiaires de l'AAH et les bénéficiaires de pensions d'invalidité significativement plus élevées que celles des individus sans reconnaissance de handicap, les restes à charge des individus qui ont une de ces deux reconnaissances de handicap sont limités : respectivement 136 euros et 149 euros à comparer au reste à charge de 133 euros des individus sans reconnaissance de handicap. En contrepartie, les titulaires de rentes d'incapacité se retrouvent dans une situation paradoxale : ils supportent une dépense de pharmacie plus limitée mais endossent dans le même temps un reste à charge plus élevé, ce qui s'explique sans doute par une structure de consommation pharmaceutique vraisemblablement atypique, possiblement orientée vers une consommation de médicaments ou de dispositifs moins bien remboursés.

Tableau A3.11 Statistiques descriptives des taux de recours, des dépenses et des restes à charge de pharmacie selon la reconnaissance de handicap

		Effectifs bruts	Moyenne pondérée	Ecart-type	1 ^{er} quartile	Médiane	4 ^e quartile	Coefficient de variation
Sans reconnaissance	Taux de recours	14 497	87,3 %	33,3 %	1	1	1	38 %
	Dépenses	13 037	551	1 320	59	191	632	240 %
	Restes à charge	13 037	133	174	23	67	176	131 %
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	Taux de recours	1 144	91,1 %	28,5 %	1	1	1	31 %
	Dépenses	1 011	1 514	3 135	176	631	1 650	207 %
	Restes à charge	1 011	136	194	29	64	158	142 %
Pension d'invalidité	Taux de recours	2 080	97,0 %	17,0 %	1	1	1	18 %
	Dépenses	2 029	1 616	3 173	334	896	1 843	196 %
	Restes à charge	2 029	149	174	32	82	209	117 %
Rente d'incapacité	Taux de recours	329	90,2 %	29,8 %	1	1	1	33 %
	Dépenses	310	708	812	102	390	1 073	115 %
	Restes à charge	310	183	201	32	95	279	110 %
Ensemble des plus de 20 ans	Taux de recours	18 050	87,8 %	32,7 %	1	1	1	37 %
	Dépenses	16 387	621	1 530	63	213	699	246 %
	Restes à charge	16 387	135	175	24	68	179	130 %

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

A structure d'âge et de sexe donnée, les bénéficiaires de l'AAH supportent des dépenses de pharmacie 3,8 fois plus élevées que celles des individus sans reconnaissance administrative, tandis que les titulaires de pensions d'invalidité exposent des dépenses de pharmacie qui sont 2,3 fois plus élevées, par rapport aux individus sans reconnaissance (tableau A3.12). Les titulaires de rentes d'incapacité supportent quant à eux des dépenses de pharmacie qui ne sont pas significativement différentes de celles des individus sans reconnaissance administrative de handicap.

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Annexe 3. Résultats par postes de dépenses

Irdes septembre 2019

Les restes à charge des bénéficiaires de l'AAH et ceux des titulaires de rentes d'incapacité sont significativement plus élevés que ceux des assurés sans reconnaissance de handicap : respectivement 34 % et 28 % plus élevés. Les restes à charge moyens des titulaires d'une pension d'invalidité ne se différencient pas en revanche de ceux des individus qui n'ont pas de reconnaissance administrative de handicap.

Tableau A3.12 Variation des recours, des dépenses et des restes à charge de pharmacie en fonction de la reconnaissance administrative

	Recours		Dépenses		Restes à charge	
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2
Reconnaissance administrative de handicap						
Sans reconnaissance	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	1,490**	1,770***	2,748***	3,776***	1,022	1,339***
Pension d'invalidité	4,712***	3,680***	2,932***	2,342***	1,118**	0,931
Rente d'incapacité	1,336	1,21	1,284**	1,106	1,371***	1,284**
Sexe						
Homme	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Femme		1,895***		1,015		1,281***
Age		1,027***		1,034***		1,029***
Effectifs	18 050	18 050	16 387	16 387	16 387	16 387

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

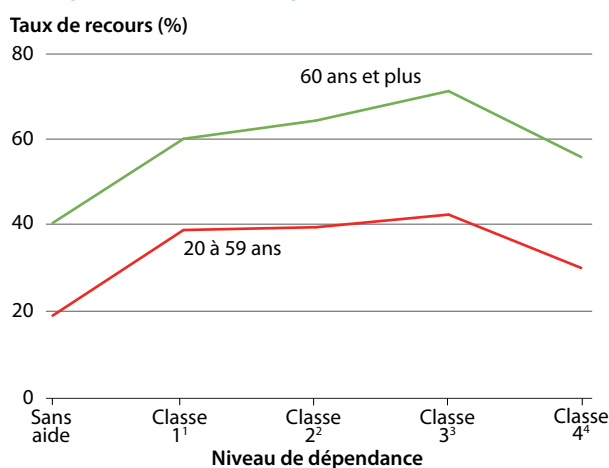
Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Actes médicaux infirmiers

Recours à l'aide humaine

Le recours aux actes médicaux infirmiers est moins fréquent que celui aux actes précédemment étudiés : dans la catégorie qui y recourt le plus – les individus âgés de plus de 60 ans de la classe 3 de recours à l'aide humaine – 70 % des individus font appel à ces soins tandis que moins de 20 % des moins de 60 ans qui ne déclarent pas de besoin d'aide humaine sollicitent des actes médicaux infirmiers (graphique A3.4). Le taux de recours aux actes médicaux infirmiers est globalement plus élevé pour les individus qui recourent à l'aide humaine que pour ceux qui n'y recourent pas, même si l'écart de recours tend à se réduire dans la classe 4. Par ailleurs, de façon attendue, le taux de recours aux actes médicaux infirmiers est plus élevé pour la population âgée de plus de 60 ans que pour la population des personnes de moins de 60 ans, avec un écart qui représente au minimum 20 points pour les personnes qui recourent à l'aide humaine (recours de 40 % dans la classe 1 pour les moins de 60 ans *versus* 60 % pour les personnes âgées de plus de 60 ans qui sont dans la même classe).

Graphique A3-4 Taux de recours à des actes médicaux infirmiers par niveau de dépendance avant et après 60 ans



¹ Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'AVQ. ² Classe 2 : Recours à de l'aide humaine principalement pour les AVQ et quasiment pas pour les AVQ. ³ Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées. ⁴ Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AVQ et d'AVQ.

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

L'analyse se poursuit en distinguant les effets de l'âge et du degré de recours à l'aide humaine. Les individus âgés de 20 à 59 ans qui figurent dans les trois premières classes de recours à l'aide humaine ont une probabilité de recours aux actes médicaux infirmiers en moyenne trois fois plus importante comparativement à celle des individus de la même tranche d'âge qui n'y recourent pas (tableau A3.13). Pour les individus âgés de 20 à 59 ans de la classe 4, la probabilité de recours aux actes médicaux infirmiers est deux fois plus élevée que celle des individus de la même tranche d'âge qui ne recourent pas à l'aide humaine. Les individus âgés de 60 ans et plus qui ne recourent pas à l'aide humaine ont une probabilité de recours aux actes médicaux infirmiers au moins trois fois plus importante que celle des individus âgés de 20 à 59 ans qui ne recourent pas à l'aide humaine. Les individus âgés de 60 ans et plus qui recourent à l'aide humaine se retrouvent dans une situation comparable : ils ont une probabilité de recours aux actes médicaux infirmiers au moins trois fois plus élevée que celle de leurs homologues plus jeunes qui recourent à l'aide humaine.

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Annexe 3. Résultats par postes de dépenses

Irdes septembre 2019

Les dépenses en actes médicaux infirmiers sont significativement plus importantes pour les individus qui recourent à l'aide humaine comparativement à ceux qui n'y recourent pas. Par ailleurs, les dépenses en actes médicaux infirmiers croissent de façon très importante avec le degré de recours à l'aide humaine, que la population concernée soit âgée de 20 à 59 ans (203 euros dans la classe 1 *versus* 1 226 euros dans la classe 4) ou qu'elle soit âgée de 60 ans et plus (370 euros dans la classe 1 *versus* 1 290 euros dans la classe 4) [tableau A3.13]. Les restes à charge liés aux actes médicaux infirmiers ne suivent pas cette tendance croissante en fonction du degré de recours à l'aide humaine : avant comme après 60 ans, les individus de la classe 4 qui supportent pourtant les dépenses les plus importantes sont ceux qui endossent les restes à charge les plus faibles (19 euros pour les individus âgés de 20 à 59 ans *versus* 23 euros pour ceux de 60 ans et plus). Dans cette classe, une partie plus forte de la population se retrouve exonérée du ticket modérateur, ce qui permet d'écarter le reste à charge.

Tableau A3.13 Statistiques descriptives des dépenses et des restes à charge pour des actes médicaux infirmiers selon le besoin d'aide humaine et l'âge

		Effectifs bruts	Moyenne pondérée	Ecart-type	1 ^{er} quartile	Médiane	4 ^e quartile	Coefficient de variation
De 20 à 59 ans								
Sans aide	Dépenses	2 082	55	250	5	9	38	4,56
	Restes à charge	2 082	12	30	2	3	8	2,46
Classe 1 ¹	Dépenses	451	203	640	7	37	115	3,15
	Restes à charge	451	28	110	1	3	15	3,87
Classe 2 ²	Dépenses	116	402	2 001	7	24	175	4,98
	Restes à charge	116	27	147	1	3	13	5,37
Classe 3 ³	Dépenses	145	647	1 648	13	74	391	2,55
	Restes à charge	145	81	349	0	2	17	4,31
Classe 4 ⁴	Dépenses	42	1 226	3 540	20	95	939	2,89
	Restes à charge	42	19	49	0	2	7	2,65
60 ans et plus								
Sans aide	Dépenses	1 842	150	810	7	17	73	5,41
	Restes à charge	1 842	18	90	2	3	12	4,96
Classe 1 ¹	Dépenses	856	370	1 210	10	32	117	3,27
	Restes à charge	856	26	104	1	4	19	3,95
Classe 2 ²	Dépenses	337	990	3 300	13	67	274	3,33
	Restes à charge	337	47	161	1	6	27	3,39
Classe 3 ³	Dépenses	610	1 205	2 550	19	96	689	2,12
	Restes à charge	610	59	192	1	5	31	3,23
Classe 4 ⁴	Dépenses	208	1 290	2 627	18	107	758	2,04
	Restes à charge	208	23	62	0	3	22	2,67
Ensemble	Dépenses	6 689	202	1 050	5	14	70	5,19
	Restes à charge	6 689	19	87	2	3	12	4,52

¹ Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'AIVQ. ² Classe 2 : Recours à de l'aide humaine principalement pour les AIVQ et quasiment pas pour les AVQ. ³ Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AIVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées. ⁴ Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AIVQ et d'AVQ.

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus ayant consommé des soins liés aux actes médicaux infirmiers.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Les dépenses en soins d'actes médicaux infirmiers des individus de moins de 60 ans qui recourent à l'aide humaine sont significativement plus élevées que celles des individus du même âge qui n'y recourent pas et l'augmentation est d'autant plus importante que le degré de recours à l'aide humaine est élevé : les dépenses sont environ 4 fois plus élevées

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Annexe 3. Résultats par postes de dépenses

Irdes septembre 2019

dans la classe 1 et sont même 22 fois plus importantes dans la classe 4 (tableau A3.14). Les personnes âgées de 60 ans et plus qui ne recourent pas à l'aide humaine ont une dépense de soins en actes médicaux infirmiers 2,7 fois plus élevée que celle des individus âgés de 20 à 59 ans. La dépense en soins d'actes médicaux infirmiers des individus âgés de 60 ans et plus rassemblés dans les trois premières classes de recours à l'aide humaine augmente dans des proportions équivalentes (2,7 fois plus) par rapport aux dépenses des individus âgés de 20 à 59 ans qui sont dans les mêmes classes à l'exception toutefois des individus de la classe 4 qui ne sont confrontés qu'à une augmentation plus modeste de leurs dépenses de soins d'actes médicaux infirmiers (+28 %). Ce résultat peut être dû au fait que les individus les plus fortement dépendants de la classe 4 – et donc les plus susceptibles de recourir à ces soins – ont basculé du domicile à l'institution après 60 ans, ce qui freine la progression des dépenses en soins d'actes médicaux infirmiers dans cette classe.

Les restes à charge des personnes âgées de moins de 60 ans qui se situent dans les classes 1 ou 2 de recours à l'aide humaine sont en moyenne deux fois plus élevés que ceux des personnes de la même tranche d'âge qui n'ont pas recours à l'aide humaine (tableau A3.14). L'écart de reste à charge est même 6,6 fois plus important dans la classe 3. En revanche, les individus de la classe 4 âgés de moins de 60 ans endossent un reste à charge lié aux actes médicaux infirmiers qui n'est pas significativement différent de celui des individus âgés de 20 à 59 ans qui n'ont pas recours à l'aide humaine. Cette situation résulte sans doute du fait que les individus âgés de 20 à 59 ans qui ont de forts besoins d'aide humaine et qui ont le plus besoin d'actes médicaux infirmiers ne se retrouvent pas dans la classe 4 : ils ont déjà basculé du domicile à l'institution. Les individus âgés de 60 ans et plus qui ne recourent pas à l'aide humaine sont confrontés à des restes à charge en moyenne 1,5 fois plus élevés que ceux des 20 à 59 ans qui n'y recourent pas. Les personnes âgées de 60 ans et plus qui recourent à l'aide humaine endossent eux aussi des restes à charge en moyenne 1,5 fois plus élevés que ceux des 20 à 59 ans qui recourent à l'aide humaine.

Tableau A3.14 Variation des recours, des dépenses et des restes à charge d'actes médicaux infirmiers en fonction du niveau de recours à l'aide humaine et de l'âge

	Recours		Dépenses		Restes à charge	
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2
Recours à l'aide humaine						
Sans aide	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Classe 1 ¹	2,473***	2,882***	2,707***	3,707***	1,681*	2,321*
Classe 2 ²	2,810***	2,978***	6,964***	7,344***	2,669**	2,228*
Classe 3 ³	3,630***	3,35***	8,671***	11,817***	3,817***	6,615***
Classe 4 ⁴	1,911***	1,944**	10,04***	22,404***	1,377	1,521
Age						
20-59 ans	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
60 ans et plus	3,031***	3,088***	2,324***	2,737***	1,309	1,473***
Interaction âge et aide humaine						
20-59 ans	Sans aide		<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	
	Classe 1 ¹	0,787*		0,666	0,63	
60 ans	Classe 2 ²	0,912		0,9	1,175	
et plus	Classe 3 ³	1,104		0,681	0,497	
	Classe 4 ⁴	0,968		0,384**	0,848	
Effectifs	18 050	18 050	6 689	6 689	6 689	6 689

¹ Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'AIVQ. ² Classe 2 : Recours à de l'aide humaine principalement pour les AIVQ et quasiment pas pour les AVQ. ³ Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AIVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées. ⁴ Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AIVQ et d'AVQ.

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Reconnaissance administrative

Le taux de recours aux actes médicaux infirmiers est plus élevé pour les individus qui ont une reconnaissance administrative de handicap que pour ceux qui n'en ont pas, et il l'est encore plus pour les bénéficiaires de pensions d'invalidité (39,5 %) et les bénéficiaires de rentes d'incapacité (35,4 %) que pour les bénéficiaires de l'AAH (29,4 %).

Pourtant, dès lors que l'on neutralise les effets de l'âge, du sexe et du type de reconnaissance administrative de handicap, il apparaît que la probabilité de recours aux actes médicaux infirmiers est plus élevée de 74,5 % pour les bénéficiaires de l'AAH comparative-ment aux individus sans cette reconnaissance, tandis que le différentiel s'établit à 47 % pour les bénéficiaires de pensions d'invalidité et à 46 % pour les titulaires d'une rente d'incapacité (tableau A3.15). L'état de santé plus dégradé des bénéficiaires de l'AAH peut potentiellement expliquer que le recours aux actes médicaux infirmiers soit le plus important pour eux comparativement aux bénéficiaires d'autres types de reconnaissance de handicap.

Les titulaires d'une pension d'invalidité constituent la catégorie qui supporte la dépense en actes médicaux infirmiers la plus élevée (502 euros annuels en moyenne), loin devant les bénéficiaires de l'AAH (341 euros) et les titulaires de rentes d'incapacité (245 euros) tandis que les individus sans reconnaissance de handicap dépensent en moyenne 176 euros par an au titre des actes médicaux infirmiers. Les bénéficiaires d'une pension d'invalidité dont la dépense est la plus élevée sont aussi ceux qui endossent le reste à charge moyen le plus réduit (14 euros en moyenne), à comparer aux autres catégories de reconnaissance de handicap (22 euros pour les bénéficiaires de l'AAH et 31 euros pour les titulaires d'une rente d'incapacité). Bien que les titulaires d'une rente d'incapacité supportent une dépense moyenne d'actes médicaux infirmiers plus faible que celle des bénéficiaires d'une pension d'invalidité, ils endossent un reste à charge plus élevé. Pourtant, les deux catégories bénéficient d'une prise en charge à 100 % de leurs dépenses maladie dans la limite des tarifs fixés par la Sécurité sociale. On peut donc supposer une structure de dépenses différenciée pour les titulaires d'une rente d'incapacité, avec peut-être davantage de soins avec dépassements

Tableau A3.15 Statistiques descriptives des taux de recours, des dépenses et des restes à charge d'actes médicaux infirmiers selon la reconnaissance de handicap

		Effectifs bruts	Moyenne pondérée	Ecart-type	1 ^{er} quartile	Médiane	4 ^e quartile	Coefficient de variation
Sans reconnaissance	Taux de recours	14 497	24,9 %	43,3 %	0	0	0	174 %
	Dépenses	5 116	176	929	5	13	62	527 %
	Restes à charge	5 116	19	86	2	3	12	446 %
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	Taux de recours	1 144	29,7 %	45,7 %	0	0	1	154 %
	Dépenses	403	341	1 284	6	21	109	377 %
	Restes à charge	403	22	164	0	2	9	731 %
Pension d'invalidité	Taux de recours	2 080	39,5 %	48,9 %	0	0	1	124 %
	Dépenses	1 022	502	2 068	9	37	177	412 %
	Restes à charge	1 022	14	46	0	2	7	321 %
Rente d'incapacité	Taux de recours	329	35,4 %	47,9 %	0	0	1	135 %
	Dépenses	148	245	829	5	12	110	338 %
	Restes à charge	148	31	103	2	4	18	339 %
Ensemble des plus de 20 ans	Taux de recours	18 050	25,7 %	43,7 %	0	0	1	170 %
	Dépenses	6 689	202	1 050	5	13	70	520 %
	Restes à charge	6 689	19	87	2	3	12	452 %

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Annexe 3. Résultats par postes de dépenses

Irdes septembre 2019

d'honoraires. S'agissant des bénéficiaires de l'AAH, ils ne peuvent compter que sur leur ALD pour bénéficier d'une prise en charge des dépenses en lien avec leur pathologie exonérante.

L'analyse des dépenses et des restes à charge est poursuivie en neutralisant les effets de l'âge, du sexe et du type de reconnaissance de handicap. Après avoir tenu compte des effets de la structure d'âge et de sexe, les bénéficiaires de l'AAH sont ceux qui supportent les dépenses d'actes médicaux infirmiers les plus élevées : leurs dépenses sont 3,6 fois plus élevées que celles des individus sans reconnaissance de handicap, tandis que les titulaires de pensions d'invalidité dépensent 2,8 fois plus et que les titulaires d'une rente d'incapacité supportent une dépense qui ne se différencie pas de celle des individus sans reconnaissance de handicap (tableau A3.16). En contrepartie, les restes à charge des individus qui bénéficient d'une reconnaissance de handicap ne se différencient pas significativement de ceux des individus sans reconnaissance de handicap.

Tableau A3.16 Variation des recours, des dépenses et des restes à charge d'actes médicaux infirmiers en fonction de la reconnaissance administrative de handicap

	Recours		Dépenses		Restes à charge	
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2
Reconnaissance administrative de handicap						
Sans reconnaissance	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	1,273**	1,745***	1,932***	3,621***	1,165	1,465
Pension d'invalidité	1,962***	1,473***	2,849***	2,803***	0,754	0,741
Rente d'incapacité	1,650**	1,456*	1,391	1,468	1,589	1,761
Sexe						
Homme	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Femme		1,410***		1,186		1,461***
Age		1,038***		1,049***		1,020***
Effectifs	18 050	18 050	6 689	6 689	6 689	6 689

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

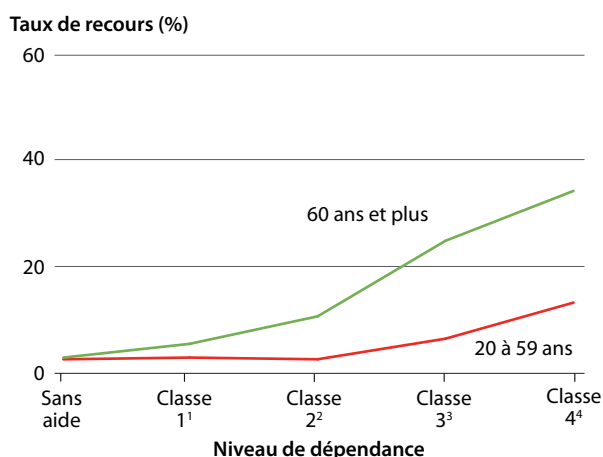
Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Actes infirmiers de soins

Recours à l'aide humaine

Pour des raisons d'effectifs insuffisants, l'analyse des dépenses de santé et restes à charge des personnes qui consomment des soins ne sera réalisée que sur les plus de 60 ans. Avant l'âge de 60 ans, le taux de recours aux AIS est quasiment nul pour les individus qui n'ont pas besoin d'aide humaine ainsi que pour ceux qui se trouvent dans les classes 1 et 2 de recours à l'aide humaine puis croît ensuite dans les classes 3 et 4 pour atteindre 10 % dans la classe 4. Après 60 ans, le taux de recours aux AIS est plus élevé dans chaque classe de recours à l'aide humaine par rapport au niveau avant 60 ans. Les individus qui recourent le plus aux actes infirmiers de soins sont les personnes âgées de plus de 60 ans de la classe 4 (32 %) [graphique A3.5].

Graphique A3-5 Taux de recours à des actes infirmiers de soins par niveau de dépendance avant et après 60 ans



¹ Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'AVQ. ² Classe 2 : Recours à de l'aide humaine principalement pour les AVQ et quasiment pas pour les AVQ. ³ Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées. ⁴ Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AVQ et d'AVQ.

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

En poursuivant l'analyse du recours et en distinguant les effets de l'âge de ceux du degré de recours à l'aide humaine, nous montrons que la probabilité de recours aux actes infirmiers de soins des personnes âgées de 60 ans et plus est significativement plus élevée que celle des individus de cette même tranche d'âge et qu'elle croît en fonction du degré de recours à l'aide humaine : les individus de la classe 1 ont une probabilité 12,5 fois plus élevée de recourir aux actes infirmiers de soins tandis que les individus de la classe 4 ont une probabilité 216 fois plus élevée de recourir à ces actes que les individus âgés de 60 ans et plus qui ne recourent pas à l'aide humaine.

Les dépenses liées aux actes infirmiers de soins des personnes âgées de 60 ans et plus qui recourent à l'aide humaine sont significativement plus élevées que celles des individus qui n'y ont pas recours; de plus, ces dépenses croissent en fonction du degré de recours à l'aide humaine, les individus de la classe 1 supportent une dépense moyenne de 1 660 euros tandis que ceux de la classe 4 en ont une de 8 489 euros (tableau A3.17). Sur ce poste de dépense, le reste à charge des personnes recourant à l'aide humaine est au moins deux fois plus important que celui des personnes qui ne recourent pas à l'aide humaine : il varie de 200 euros dans la classe 1 à 287 euros dans la classe 4.

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Annexe 3. Résultats par postes de dépenses

Irdes septembre 2019

Tableau A3.17 Statistiques descriptives des dépenses et des restes à charge pour des actes infirmiers de soins selon le besoin d'aide humaine et l'âge

		Effectifs bruts	Moyenne pondérée	Ecart-type	1 ^{er} quartile	Médiane	4 ^e quartile	Coefficient de variation
60 ans et plus								
Sans aide	Dépenses	18	1 661	2 366	276	742	1 871	1,42
	Restes à charge	18	100	88	33	89	102	0,88
Classe 1 ¹	Dépenses	44	1 660	2 072	393	1 140	1 732	1,25
	Restes à charge	44	199	283	2	25	486	1,42
Classe 2 ²	Dépenses	41	3 526	3 953	660	2 078	6 692	1,12
	Restes à charge	41	269	456	9	29	340	1,70
Classe 3 ³	Dépenses	179	3 867	3 526	726	3 415	5 989	0,91
	Restes à charge	179	218	581	11	30	83	2,66
Classe 4 ⁴	Dépenses	117	8 489	4 671	5 625	7 953	12 200	0,55
	Restes à charge	117	287	1043	17	32	47	3,64
Ensemble	Dépenses	399	4 105	4 194	738	2 569	6 678	1,02
	Restes à charge	399	223	622	11	31	102	2,79

¹ Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'AIVQ. ² Classe 2 : Recours à de l'aide humaine principalement pour les AIVQ et quasiment pas pour les AVQ. ³ Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AIVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées. ⁴ Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AIVQ et d'AVQ.

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus ayant eu recours à des actes infirmiers de soins.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Les dépenses liées à la consommation d'actes infirmiers de soins des personnes âgées de 60 ans et plus qui sont dans les classes 2 et de 3 de recours à l'aide humaine sont en moyenne deux fois plus élevées que celles des individus de la même tranche d'âge qui ne recourent pas à l'aide humaine (tableau A3.18). Dans la classe 4, les dépenses sont même cinq fois plus élevées. En revanche, les restes à charge des personnes qui recourent à l'aide humaine ne se différencient pas de ceux qui n'y recourent, à l'exception des individus de la classe 4 qui endossent un reste à charge environ trois fois plus élevé que celui des individus de cette classe d'âge qui ne recourent pas à l'aide humaine (tableau A3.18).

Tableau A3.18 Variation des recours, des dépenses et des restes à charge d'actes infirmiers de soins en fonction du niveau de recours à l'aide humaine et de l'âge

	Recours	Dépenses	Restes à charge
Recours à l'aide humaine			
Sans aide	Réf.	Réf.	Réf.
Classe 1 ¹	12,53***	0,978	2,014
Classe 2 ²	35,14***	2,117*	2,739
Classe 3 ³	121,6***	2,381**	2,234
Classe 4 ⁴	215,8***	4,973***	2,927*
Age			
20-59 ans	Réf.	Réf.	Réf.
60 ans et plus	11,42***	0,857	2,453
Effectifs	18 050	6 689	6 689

¹ Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'AIVQ. ² Classe 2 : Recours à de l'aide humaine principalement pour les AIVQ et quasiment pas pour les AVQ. ³ Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AIVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées. ⁴ Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AIVQ et d'AVQ.

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Reconnaissance administrative

La probabilité de recours aux actes d'infirmiers de soins est extrêmement faible pour la population qui bénéficie d'une reconnaissance administrative de handicap : de 3,4 % pour les bénéficiaires d'une pension d'invalidité à 0,3 % pour les titulaires d'une rente d'incapacité (1,8 % pour les bénéficiaires de l'AAH) [tableau A3.19].

Tableau A3.19 Statistiques descriptives des taux de recours, des dépenses et des restes à charge d'actes infirmiers de soins selon la reconnaissance de handicap

		Effectifs bruts	Moyenne pondérée	Ecart-type	1 ^{er} quartile	Médiane	4 ^e quartile	Coefficient de variation
Sans reconnaissance	Taux de recours	14 497	0,6 %	7,7 %	0	0	0	1283 %
	Dépenses	305	4 042	4 272	737	2 166	6 449	106 %
	Restes à charge	305	254	681	11	34	169	268 %
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	Taux de recours	1 144	1,8 %	13,2 %	0	0	0	744 %
	Dépenses	29	6 462	4 269	1 985	6 196	7 528	66 %
	Restes à charge	29	97	202	9	25	42	209 %
Pension d'invalidité	Taux de recours	2 080	3,4 %	18,2 %	0	0	0	531 %
	Dépenses	99	4 351	4 133	561	3 476	7 173	95 %
	Restes à charge	99	85	238	2	21	40	279 %
Rente d'incapacité	Taux de recours	329	0,3 %	5,7 %	0	0	0	1755 %
	Dépenses	4	5 644	3 035	3 387	7 278	8 054	54 %
	Restes à charge	4	599	691	13	502	1 393	115 %
Ensemble des plus de 20 ans	Taux de recours	18 050	0,7 %	8,6 %	0	0	0	1157 %
	Dépenses	437	4220	4 263	737	2 761	6 757	101 %
	Restes à charge	437	216	608	11	31	102	282 %

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Toutefois, quand on neutralise les effets de la structure par âge et sexe, la probabilité de recourir à ces actes infirmiers de soins s'avère être plus importante pour les bénéficiaires de l'AAH (20 fois plus élevée que pour les individus sans reconnaissance administrative de handicap), suivis des bénéficiaires de pensions d'invalidité (probabilité cinq fois plus importante) [tableau A3.20].

Tableau A3.20 Variation des recours, des dépenses et des restes à charge d'actes infirmiers de soins en fonction de la reconnaissance administrative

	Recours		Dépenses		Restes à charge	
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2
Reconnaissance administrative de handicap						
Sans reconnaissance	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	2,972***	19,87***	1,599**	1,916***	0,381	1,137
Pension d'invalidité	5,842***	5,243***	1,076	1,151	0,336*	0,472
Rente d'incapacité	0,536	0,725	1,396	1,693	2,359	6,765*
Sexe						
Homme	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Femme		1,647**		1,139		1,934*
Age		1,147***		1,006		1,039
Effectifs	18 050	18 050	437	437	437	437

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Annexe 3. Résultats par postes de dépenses

Irdes septembre 2019

Les dépenses liées à la consommation d'actes infirmiers de soins sont plus élevées pour les bénéficiaires de l'AAH (en moyenne 6 462 euros) que pour les bénéficiaires d'autres reconnaissances administratives de handicap : 5 644 euros en moyenne pour les titulaires d'une rente d'incapacité et 4 351 euros pour les bénéficiaires d'une pension d'invalidité. Par ailleurs, le niveau des dépenses des bénéficiaires d'une reconnaissance administrative de handicap est plus élevé que celui des dépenses des individus sans reconnaissance administrative de handicap (4 042 euros en moyenne) [tableau A3.19]. Bien que supportant un niveau de dépenses plus élevé que les individus sans reconnaissance de handicap, les bénéficiaires de l'AAH et de pensions d'invalidité écotent d'un niveau de reste à charge plus mesuré (respectivement 97 euros et 85 euros par rapport à 254 euros pour les individus sans reconnaissance).

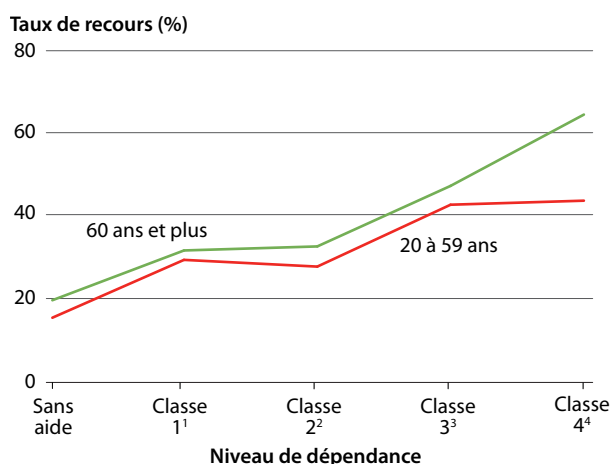
En neutralisant les effets de l'âge et du sexe, seules les dépenses des bénéficiaires de l'AAH se distinguent des autres catégories de reconnaissance administrative de handicap : elles sont plus élevées en moyenne de 92 % par rapport à celles des individus sans reconnaissance de handicap (tableau A3.20). En revanche, les restes à charge des bénéficiaires de l'AAH comme ceux des bénéficiaires de pensions d'invalidité ne se différencient pas de ceux des individus sans reconnaissance de handicap, au contraire de ceux des bénéficiaires de rentes d'incapacité, en moyenne 7 fois plus élevés (tableau A3.20).

Kinésithérapie

Recours à l'aide humaine

Le taux de recours aux soins de kinésithérapie oscille entre 13 % pour les individus âgés de 20 à 59 ans qui ne recourent pas à l'aide humaine et plus de 60 % pour les 60 ans et plus de la classe 4 (graphique A3.6).

Graphique A3-6 Taux de recours à la kinésithérapie par niveau de dépendance avant et après 60 ans



¹ Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'AVQ. ² Classe 2 : Recours à l'aide humaine principalement pour les AVQ et quasiment pas pour les AVQ. ³ Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées. ⁴ Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AVQ et d'AVQ.

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

La probabilité de recourir aux soins de kinésithérapie des individus âgés de 20 à 59 ans qui déclarent avoir besoin d'aide humaine est significativement plus élevée que celle qui prévaut pour les individus de la même tranche d'âge qui n'y recourent pas : elle est en moyenne deux fois plus élevée pour les individus des classes 1 et 2 et, en moyenne, cinq fois plus élevée pour les individus des classes 3 et 4 (tableau A3.22).

Les personnes âgées de 60 ans et plus qui ne déclarent pas de besoin d'aide humaine ont une probabilité de recourir aux soins de kinésithérapie augmentée d'environ 40 % par rapport aux personnes âgées de 20 à 59 ans dans la même situation. Symétriquement, les individus âgés de 60 ans et plus qui recourent à l'aide humaine ont une probabilité augmentée également de 40 % de recourir à la kinésithérapie, comparativement aux individus âgés de 20 à 59 ans qui y recourent aussi.

Les dépenses de kinésithérapie des individus qui recourent à l'aide humaine sont plus élevées que celles des individus qui n'y recourent pas, qu'ils soient âgés de 20 à 59 ans ou de 60 ans et plus. Les dépenses de kinésithérapie des individus qui recourent à l'aide humaine croissent en fonction du degré de recours à l'aide : de 704 euros dans la classe 1 pour les individus âgés de moins de 60 ans à 2 612 euros pour les individus de la classe 4 de la même tranche d'âge (tableau A3.21). Le même constat peut être établi pour les individus âgés de 60 ans et plus : les dépenses croissent en fonction du degré de recours à l'aide humaine, de 574 euros dans la classe 1 à 2 130 euros dans la classe 4. A cette croissance des dépenses en fonction du degré de recours à l'aide humaine répond une décroissance des restes à charge :

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Annexe 3. Résultats par postes de dépenses

Irdes septembre 2019

pour les personnes âgées de moins de 60 ans, de 97 euros dans la classe 1 à 21 euros dans la classe 4, tandis que pour les personnes âgées de plus de 60 ans, le reste à charge moyen évolue de 140 euros dans la classe 1 à 28 euros dans la classe 4.

Tableau A3.21 Statistiques descriptives des dépenses et des restes à charge en kinésithérapie selon le besoin d'aide humaine et l'âge

		Effectifs bruts	Moyenne pondérée	Ecart-type	1 ^{er} quartile	Médiane	4 ^e quartile	Coefficient de variation
De 20 à 59 ans								
Sans aide	Dépenses	1 481	286	315	122	184	307	1,10
	Restes à charge	1 481	92	121	27	66	106	1,31
Classe 1 ¹	Dépenses	323	704	787	203	430	954	1,12
	Restes à charge	323	97	159	5	24	124	1,64
Classe 2 ²	Dépenses	59	743	999	220	428	900	1,34
	Restes à charge	59	79	118	8	49	115	1,49
Classe 3 ³	Dépenses	123	958	929	404	551	1457	0,97
	Restes à charge	123	54	172	0	10	30	3,20
Classe 4 ⁴	Dépenses	46	2 612	2 096	946	1 891	4 517	0,80
	Restes à charge	46	21	71	0	9	23	3,39
60 ans et plus								
Sans aide	Dépenses	791	378	410	153	248	427	1,09
	Restes à charge	791	117	127	41	80	148	1,09
Classe 1 ¹	Dépenses	433	574	601	203	340	728	1,05
	Restes à charge	433	140	233	9	66	154	1,67
Classe 2 ²	Dépenses	160	905	806	290	578	1 302	0,89
	Restes à charge	160	130	196	4	42	182	1,51
Classe 3 ³	Dépenses	397	1 067	1 046	295	605	1 580	0,98
	Restes à charge	397	76	169	2	16	73	2,23
Classe 4 ⁴	Dépenses	220	2 130	1 696	813	1 791	3 089	0,80
	Restes à charge	220	28	106	0	4	15	3,82
Ensemble	Dépenses	4 033	431	614	153	230	457	1,42
	Restes à charge	4 033	100	139	19	66	122	1,40

¹ Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'AIVQ. ² Classe 2 : Recours à de l'aide humaine principalement pour les AIVQ et quasiment pas pour les AVQ. ³ Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AIVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées. ⁴ Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AIVQ et d'AVQ.

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus ayant eu recours à un kinésithérapeute au cours des douze derniers mois.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

L'analyse des dépenses et des restes à charge est poursuivie en distinguant les effets de l'âge des effets du degré de recours à l'aide humaine.

Les personnes âgées de 20 à 59 ans qui figurent dans les deux premières classes de recours à l'aide humaine supportent des dépenses de kinésithérapie en moyenne environ 2,5 fois plus élevées que celles des individus du même âge qui n'y recourent pas (tableau A3.22). Les individus de moins de 60 ans de la classe 3 affichent des dépenses trois fois plus élevées tandis que leurs homologues de la classe 4 ont des dépenses de kinésithérapie 9 fois plus élevées que celles des individus du même âge qui ne recourent pas à l'aide humaine. Les personnes âgées de 60 ans et plus qui recourent à l'aide humaine supportent des dépenses de kinésithérapie en moyenne 30 % supérieures à celles qui prévalent pour les individus âgés de 20 à 59 ans qui n'y recourent pas. Les personnes âgées de 60 ans et plus des classes 2 et 3 de recours à l'aide humaine supportent elles aussi des dépenses de kinési-

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Annexe 3. Résultats par postes de dépenses

Irdes septembre 2019

thérapie en moyenne augmentées de 30 % par rapport aux personnes âgées de 20 à 59 ans qui sont dans ces mêmes classes. En revanche, les personnes âgées de plus de 60 ans qui sont dans les classes 1 et 4 de recours à l'aide humaine ont des dépenses plus faibles de 18,5 % par rapport aux personnes de 20 à 59 ans qui sont dans les mêmes classes.

Les restes à charge liés aux actes de kinésithérapie des individus âgés de 20 à 59 ans des deux premières classes de recours à l'aide humaine ne sont pas statistiquement différents de ceux des individus de la même tranche d'âge sans recours à l'aide humaine. Les restes à charge des individus âgés de 20 à 59 ans des classes 3 et 4 sont même réduits de respectivement 42 % et de 77 % par rapport aux individus de la même tranche d'âge sans recours à l'aide humaine. Cette situation de restes à charge fortement écrêtés dans les classes 3 et 4 peut s'expliquer par le fait qu'une proportion importante d'assurés y est exonérée du ticket modérateur, quel que soit le motif de l'exonération. Les dépenses de kinésithérapie peuvent être prises en charge par l'assurance maladie obligatoire si elles sont considérées comme étant en lien avec la pathologie exonérante.

Les personnes âgées de 60 ans et plus qui ne recourent pas à l'aide humaine endossent des restes à charge liés à la kinésithérapie augmentés en moyenne de 26 % comparativement à ceux des individus de 20 à 59 ans sans recours à l'aide humaine. De la même façon, les individus de 60 ans et plus qui recourent à l'aide humaine supportent des restes à charge en moyenne augmentés de 26 % comparativement à ceux des individus âgés de 20 à 59 ans y recourant.

Tableau A3.22 Variation des recours, des dépenses et des restes à charge de kinésithérapie en fonction du niveau de recours à l'aide humaine et de l'âge

	Recours		Dépenses		Restes à charge	
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2
Recours à l'aide humaine						
Sans aide	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Classe 1 ¹	2,169***	2,481***	1,866***	2,463***	1,145	1,052
Classe 2 ²	2,173***	2,272***	2,585***	2,6***	1,044	0,854
Classe 3 ³	4,191***	4,601***	3,107***	3,355***	0,631***	0,581**
Classe 4 ⁴	7,058***	4,757***	6,638***	9,142***	0,234***	0,226***
Age						
20-59 ans	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
60 ans et plus	1,355***	1,382***	1,157**	1,322***	1,294***	1,264***
Interaction âge et aide humaine						
20-59 ans	Sans aide		Réf.	Réf.	Réf.	
	Classe 1 ¹		0,809	0,617***	1,136	
60 ans et plus	Classe 2 ²		0,93	0,921	1,299	
	Classe 3 ³		0,875	0,842	1,119	
	Classe 4 ⁴		1,73	0,617**	1,055	
Effectifs	18 050	18 050	4 033	4 033	4 033	4 033

¹ Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'AVQ. ² Classe 2 : Recours à de l'aide humaine principalement pour les AIVQ et quasiment pas pour les AVQ. ³ Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées. ⁴ Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AVQ et d'AVQ.

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Annexe 3. Résultats par postes de dépenses

Irdes septembre 2019

Reconnaissance administrative de handicap

La probabilité de recours aux soins de kinésithérapie est un peu plus élevée pour les bénéficiaires d'une reconnaissance administrative de handicap : +16 % pour les titulaires d'une rente d'incapacité, +20 % pour les bénéficiaires de l'AAH et +30 % pour les titulaires d'une pension d'invalidité, *versus* +15% pour les individus sans reconnaissance de handicap (tableau A3.23). Quand on neutralise les impacts de l'âge et du sexe, la probabilité de recours à la kinésithérapie est en moyenne deux fois plus élevée pour les bénéficiaires de pensions d'invalidité et augmentée de 59 % pour les bénéficiaires de l'AAH comparativement aux individus sans reconnaissance de handicap (tableau A3.24). En revanche, les bénéficiaires d'une rente d'incapacité n'ont pas une probabilité de recours à la kinésithérapie significativement différente de celle des individus sans reconnaissance.

Les dépenses de kinésithérapie sont en moyenne plus élevées pour les bénéficiaires d'une reconnaissance de handicap, plus particulièrement pour les bénéficiaires de l'AAH (932euros *versus* 388 euros pour les personnes sans reconnaissance de handicap), et de façon plus modérée pour les autres motifs de reconnaissance de handicap : 756 euros en moyenne pour les bénéficiaires de pension d'invalidité et 514 euros pour les bénéficiaires d'une rente d'incapacité (tableau A3.23). Malgré des dépenses plus élevées, les bénéficiaires de reconnaissance administrative de handicap ont des restes à charge plus modérés que les individus sans reconnaissance de handicap : 50 euros pour les bénéficiaires de l'AAH, 52 euros pour les bénéficiaires de pension d'invalidité et 75 euros pour les bénéficiaires de rentes d'incapacité contre 106 euros pour les personnes sans reconnaissance de handicap. Une fois de plus, le mécanisme par lequel les titulaires de reconnaissance de handicap peuvent bénéficier d'un écrêtement de leur reste à charge diffère selon le motif de reconnaissance. La dépense remboursable est prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour les titulaires d'une pension d'invalidité et les titulaires d'une rente d'incapacité tandis que les bénéficiaires de l'AAH ne peuvent compter que sur l'admission en ALD pour bénéficier d'une prise en charge de leurs dépenses dans le cadre de l'exonération du ticket modérateur liée à la maladie chronique.

Tableau A3.23 Statistiques descriptives des taux de recours, des dépenses et des restes à charge de kinésithérapie selon la reconnaissance de handicap

		Effectifs bruts	Moyenne pondérée	Ecart-type	1 ^{er} quartile	Médiane	4 ^e quartile	Coefficient de variation
Sans reconnaissance	Taux de recours	14 497	15,4 %	36,1 %	0	0	0	234 %
	Dépenses	2 991	388	533	142	226	408	137 %
	Restes à charge	2 991	106	141	28	69	124	133 %
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	Taux de recours	1 144	20,0 %	40,0 %	0	0	0	200 %
	Dépenses	250	932	1287	183	413	1057	138 %
	Restes à charge	250	50	126	2	13	51	254 %
Pension d'invalidité	Taux de recours	2 080	30,1 %	45,9 %	0	0	1	152 %
	Dépenses	709	756	905	194	440	882	120 %
	Restes à charge	709	52	124	2	10	50	240 %
Rente d'incapacité	Taux de recours	329	16,4 %	37,1 %	0	0	0	226 %
	Dépenses	83	514	768	167	277	499	149 %
	Restes à charge	83	75	79	8	61	108	106 %
Ensemble des plus de 20 ans	Taux de recours	18 050	16,1 %	36,8 %	0	0	0	228 %
	Dépenses	4 033	431	614	153	229	456	143 %
	Restes à charge	4 033	100	139	19	66	122	140 %

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Annexe 3. Résultats par postes de dépenses

Irdes septembre 2019

L'analyse des dépenses et des restes à charge est poursuivie en isolant les influences respectives de l'âge, du sexe et du type de reconnaissance administrative de handicap. A structure d'âge et de sexe donnée, les dépenses des bénéficiaires de l'AAH sont en moyenne presque trois fois plus élevées par rapport à celles des individus sans reconnaissance tandis que celles des bénéficiaires de pensions d'invalidité sont en moyenne deux fois plus élevées, et celles des titulaires d'une rente d'incapacité supérieures de 34 % par rapport à celles des personnes sans reconnaissance de handicap. Ces dépenses supérieures de kinésithérapie se traduisent pour les titulaires de reconnaissances administratives de handicap par des restes à charge significativement plus importants, comparativement à ceux des individus sans reconnaissance : respectivement +50 %, +47 % et + 72 % pour les bénéficiaires de l'AAH, pour les titulaires d'une pension d'invalidité et pour les titulaires d'une rente d'incapacité.

Tableau A3.24 Variation des recours, des dépenses et des restes à charge de kinésithérapie en fonction de la reconnaissance administrative

	Recours		Dépenses		Restes à charge	
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2
Reconnaissance administrative de handicap						
Sans reconnaissance	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	1,375**	1,588***	2,403***	2,831***	0,470***	0,499***
Pension d'invalidité	2,369***	2,103***	1,948***	1,774***	0,487***	0,472***
Rente d'incapacité	1,076	1,086	1,326*	1,339*	0,704*	0,717*
Sexe						
Homme	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Femme		1,545***		1,003		1,107
Age		1,017***		1,018***		1,007***
Effectifs	18 050	18 050	4 033	4 033	4 033	4 033

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

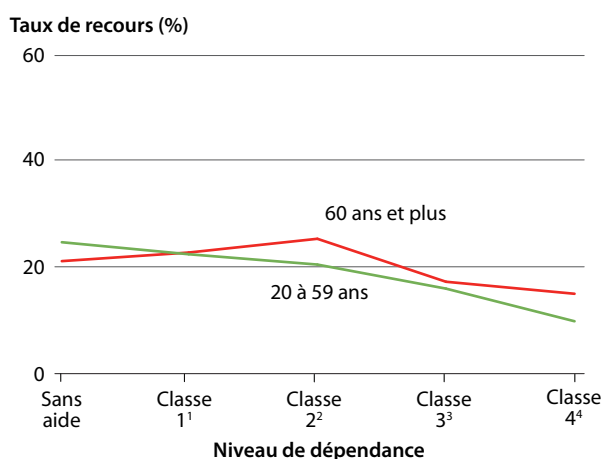
Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Optique

Recours à l'aide humaine

Le taux de recours à l'optique ne varie pas selon que les individus ont besoin ou non d'aide humaine pour réaliser les activités de la vie quotidienne, ni pour ceux qui ont besoin d'aide en fonction du degré de recours à l'aide humaine (tableau A3.26). Ainsi, si on fait l'hypothèse d'un besoin de lunette équivalent quel que soit le niveau de besoin d'aide, il semblerait qu'il n'y ait pas de différences d'accès à l'optique. Parmi les personnes qui ne déclarent pas de besoin d'aide humaine, les personnes âgées de 60 ans et plus affichent une probabilité de recours à l'optique augmentée en moyenne de 25 % comparativement aux moins de 60 ans.

Graphique A3-7 Taux de recours à l'optique par niveau de dépendance avant et après 60 ans



¹ Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'AIVQ. ² Classe 2 : Recours à de l'aide humaine principalement pour les AIVQ et quasiment pas pour les AVQ. ³ Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AIVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées. ⁴ Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AIVQ et d'AVQ.

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Si on réalise l'analyse en restreignant le champ aux personnes déclarant porter des lunettes ou des lentilles, les résultats continuent de faire apparaître une stabilité du recours insensible au fait de recourir ou non à l'aide humaine et également insensible au degré de recours à l'aide humaine, hormis pour les individus de la classe 3 qui affichent un recours accru de 63 % comparativement aux individus qui ne recourent pas à l'aide humaine. Les résultats sur les plus de 60 ans sont cependant inverses par rapport à ceux présentés précédemment. Ainsi, chez les personnes ne recourant pas à l'aide humaine, celles âgées de 60 ans et plus sont associées à une probabilité plus faible de recourir à l'optique par rapport aux personnes de 20 à 59 ans. Ceci est également vérifié pour les personnes qui recourent à l'aide humaine : les personnes âgées de 60 ans et plus affichent une probabilité plus faible de recourir à l'optique, écart de recours encore plus accentué dans la classe 4.

La dépense d'optique des individus qui recourent à l'aide humaine varie peu en fonction de leur degré de recours. Ce constat se vérifie avant comme après l'âge de 60 ans (hors statistiques de la classe 4 qui reposent sur des effectifs très restreints) [tableau A3.25]. Les restes à charge affichent un profil comparable, insensible également au degré de recours à l'aide humaine.

Tableau A3.25 Statistiques descriptives des dépenses et des restes à charge d'optique selon le besoin d'aide humaine et l'âge

		Effectifs bruts	Moyenne pondérée	Ecart- type	1 ^{er} quartile	Médiane	4 ^e quartile	Coefficient de variation
De 20 à 59 ans								
Sans aide	Dépenses	1 857	406	250	230	354	550	0,61
	Restes à charge	1 857	396	246	223	347	537	0,62
Classe 1 ¹	Dépenses	246	388	242	224	338	526	0,62
	Restes à charge	246	375	239	215	325	503	0,64
Classe 2 ²	Dépenses	64	336	209	225	302	365	0,62
	Restes à charge	64	324	207	216	294	337	0,64
Classe 3 ³	Dépenses	49	343	346	117	225	511	1,01
	Restes à charge	49	330	340	100	218	500	1,03
Classe 4 ⁴	Dépenses	13	274	178	60	272	469	0,65
	Restes à charge	13	264	173	54	265	445	0,66
60 ans et plus								
Classe 1 ¹	Dépenses	909	500	305	265	470	683	0,61
	Restes à charge	909	487	301	256	454	667	0,62
Classe 2 ²	Dépenses	282	437	257	232	400	613	0,59
	Restes à charge	282	425	253	218	387	596	0,60
Classe 3 ³	Dépenses	83	436	256	234	356	593	0,59
	Restes à charge	83	422	247	229	343	575	0,59
Classe 4 ⁴	Dépenses	105	417	292	230	385	489	0,70
	Restes à charge	105	405	289	218	372	478	0,71
Classe 4	Dépenses	23	261	159	84	282	359	0,61
	Restes à charge	23	249	158	77	274	354	0,63
Ensemble	Dépenses	3 631	430	268	236	380	596	0,62
	Restes à charge	3 631	419	265	227	370	582	0,63

¹ Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'AIVQ. ² Classe 2 : Recours à de l'aide humaine principalement pour les AIVQ et quasiment pas pour les AVQ. ³ Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AIVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées. ⁴ Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AIVQ et d'AVQ.

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus ayant eu des dépenses d'optique.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Lorsque l'on distingue les effets de l'âge des effets du degré de recours à l'aide humaine, les dépenses des individus âgés de 20 à 59 ans des classes 1 et 3 de recours à l'aide humaine ne se distinguent pas de celles des individus qui n'y recourent pas, au contraire de celles des individus des classes 2 et 4 qui affichent des dépenses inférieures, respectivement de 17 % et de 32 % par rapport à la même référence. Les classes 2 et 4 se distinguent également en termes de restes à charge plus réduits de respectivement 18 % et de 33 % par rapport à ceux des individus âgés de 20 à 59 ans sans recours à l'aide humaine. Les individus âgés de 60 ans et plus qui ne recourent pas à l'aide humaine supportent des dépenses en moyenne supérieures d'environ 23 % par rapport à celles des individus âgés de 20 à 59 ans qui n'y recourent pas, augmentation intégralement répercutée sur leurs restes à charge. Les individus âgés de 60 ans et plus qui recourent à l'aide humaine supportent eux aussi une augmentation des dépenses d'optique de même ampleur (23 %) par rapport aux individus âgés de 20 à 59 ans qui n'y recourent pas. Cette augmentation uniforme de 23 % se retrouve également sur leurs restes à charge, quelle que soit la classe de recours à l'aide humaine considérée.

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Annexe 3. Résultats par postes de dépenses

Irdes septembre 2019

Tableau A3.26 Variation des recours, des dépenses et des restes à charge d'optique en fonction du niveau de recours à l'aide humaine et de l'âge

	Recours		Taux de recours des personnes portant des lunettes		Dépenses		Restes à charge	
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2
Recours à l'aide humaine								
Sans aide	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Classe 1 ¹	0,962	1,13	0,9	0,956	0,901*	0,955	0,897*	0,947
Classe 2 ²	0,912	1,296	0,888	1,077	0,860*	0,827*	0,853*	0,818**
Classe 3 ³	0,598***	0,755	0,603***	0,632**	0,837	0,845	0,833	0,834
Classe 4 ⁴	0,361***	0,631	0,517***	1,107	0,578***	0,675*	0,569***	0,668*
Age								
20-59 ans	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
60 ans et plus	1,214***	1,253***	0,702***	0,712***	1,225***	1,231***	1,225***	1,231***
Interaction âge et aide humaine								
20-59 ans	Sans aide		Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
	Classe 1 ¹		0,769	0,908	0,916	0,921		
60 ans et plus	Classe 2 ²		0,594*	0,761	1,055	1,059		
	Classe 3 ³		0,724	0,932	0,986	0,997		
	Classe 4 ⁴		0,43*	0,343**	0,772	0,765		
Effectifs	18 050	18 050	13 752	13 752	3 631	3 631	3 631	3 631

¹ Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'AIVQ. ² Classe 2 : Recours à de l'aide humaine principalement pour les AIVQ et quasiment pas pour les AVQ. ³ Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AIVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées. ⁴ Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AIVQ et d'AVQ.

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Reconnaissance administrative de handicap

La probabilité de recourir à l'optique est globalement plus élevée pour les individus qui bénéficient d'une reconnaissance administrative de handicap, à l'exception notable des bénéficiaires de l'AAH (seulement 15,6 %, soit moins que la population qui n'a pas de reconnaissance de handicap et dont la probabilité de recours s'établit à 19,9 %).

La dépense d'optique des bénéficiaires de l'AAH (285 euros annuels en moyenne) est significativement plus faible que celle des bénéficiaires d'autres motifs de reconnaissance de handicap (438 euros pour les bénéficiaires de pensions d'invalidité et 499 euros pour les bénéficiaires de rentes d'incapacité) qui se différencie en revanche peu de celle des individus sans reconnaissance de handicap (en moyenne 431 euros) [tableau A3.27]. La faiblesse des dépenses d'optique de la population qui bénéficie de l'AAH pose question : si on retient l'hypothèse qu'il n'y a pas de raison objective que les besoins d'optique de cette population soient inférieurs à ceux de la population générale, on peut se demander si la modestie des dépenses ne peut pas s'interpréter comme le résultat d'arbitrages effectués en faveur de soins jugés plus prioritaires, pour une population dont les ressources financières sont plus faibles. Cette différence de dépenses se retrouve aussi en termes de restes à charge : les bénéficiaires de l'AAH constituent la population qui endosse le plus faible reste à charge d'optique (274 euros) contre plus de 420 euros en moyenne pour les individus sans reconnaissance de handicap.

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Annexe 3. Résultats par postes de dépenses

Irdes septembre 2019

Tableau A3.27 Statistiques descriptives des taux de recours, des dépenses et des restes à charge d'optique selon la reconnaissance de handicap

		Effectifs bruts	Moyenne pondérée	Ecart-type	1 ^{er} quartile	Médiane	4 ^e quartile	Coefficient de variation
Sans reconnaissance	Taux de recours	14 497	19,9 %	39,9 %	0	0	0	201 %
	Dépenses	2 896	431	269	237	382	598	62 %
	Restes à charge	2 896	420	265	227	373	585	63 %
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	Taux de recours	1 144	15,6 %	36,3 %	0	0	0	233 %
	Dépenses	182	285	186	149	249	380	65 %
	Restes à charge	182	274	184	134	240	371	67 %
Pension d'invalidité	Taux de recours	2 080	24,1 %	42,8 %	0	0	0	178 %
	Dépenses	489	438	262	252	375	585	60 %
	Restes à charge	489	423	256	242	363	571	61 %
Rente d'incapacité	Taux de recours	329	17,7 %	38,2 %	0	0	0	216 %
	Dépenses	64	499	300	240	448	629	60 %
	Restes à charge	64	487	297	235	437	614	61 %
Ensemble des plus de 20 ans	Taux de recours	18 050	19,9 %	40,0 %	0	0	0	200 %
	Dépenses	3 631	430	268	236	380	596	62 %
	Restes à charge	3 631	419	265	227	370	582	63 %

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus ayant eu des dépenses d'optique.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

En neutralisant les effets de l'âge et du sexe, il apparaît que les bénéficiaires de l'AAH se distinguent doublement des individus titulaires d'un autre type de reconnaissance administrative ainsi que de la population sans reconnaissance administrative, à la fois en termes de dépenses (leurs dépenses sont inférieures d'environ 31 % comparativement à celles des personnes sans reconnaissance) et aussi en termes de restes à charge (-32 % par rapport à cette même référence) [tableau A3.28].

Tableau A3.28 Variation des recours, des dépenses et des restes à charge d'optique en fonction de la reconnaissance administrative

	Recours		Dépenses		Restes à charge	
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2
Reconnaissance administrative de handicap						
Sans reconnaissance	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	0,744*	0,804	0,661***	0,687***	0,653***	0,679***
Pension d'invalidité	1,277**	1,182	1,015	0,974	1,006	0,966
Rente d'incapacité	0,868	0,877	1,158	1,135	1,159	1,137
Sexe						
Homme	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Femme		1,352***		1,067*		1,067*
Age		1,010***		1,008***		1,008***
Effectifs	18 050	18 050	3 631	3 631	3 631	3 631

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

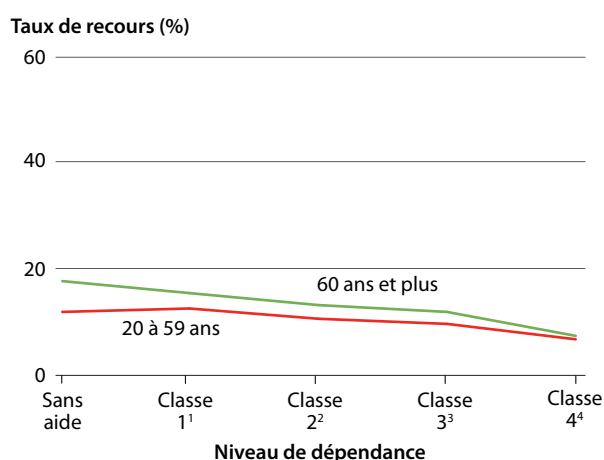
Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Prothèses dentaires

Recours à l'aide humaine

Le taux de recours aux prothèses dentaires est légèrement plus élevé pour les individus âgés de 60 ans et plus comparativement à ceux âgés de 20 à 59 ans (graphique A3.8). L'écart de recours entre les deux populations se resserre quand on considère les individus qui recourent à l'aide humaine, et se résorbe même pour les individus de la classe 4 de recours à l'aide humaine.

Graphique A3-8 Taux de recours à des prothèses dentaires par niveau de dépendance avant et après 60 ans



¹ Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'AIVQ. ² Classe 2 : Recours à de l'aide humaine principalement pour les AIVQ et quasiment pas pour les AVQ. ³ Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AIVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées. ⁴ Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AIVQ et d'AVQ.

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

En neutralisant les effets de l'âge et du degré de recours à l'aide humaine, on n'observe aucune différence significative de probabilité de recourir aux soins de prothèses dentaires, ni entre les populations qui recourent ou pas à l'aide humaine ni, au sein de la population qui recourt, entre les différents degrés de recours à l'aide humaine (tableau A3.30). Les individus âgés de 60 ans et plus qui ne recourent pas à l'aide humaine ont une probabilité de recourir aux prothèses dentaires augmentée d'environ 77 % par rapport à la population âgée de 20 à 59 ans qui n'y recourt pas. Les individus âgés de 60 ans et plus qui recourent à l'aide humaine ont eu aussi une probabilité augmentée de 77 % de recourir aux soins de prothèses dentaires, comparativement à la population âgée de 20 à 59 ans qui ne recourt pas à l'aide humaine.

Les dépenses liées à l'acquisition de prothèses dentaires ne sont pas plus importantes pour les personnes qui recourent à l'aide humaine comparativement à celles des individus qui n'y recourent pas (tableau A3.29). Par ailleurs, on n'observe pas de proportionnalité entre les dépenses liées aux prothèses dentaires et le degré de recours à l'aide humaine. Le même constat peut être établi pour les restes à charge.

Tableau A3.29 Statistiques descriptives des dépenses et des restes à charge de prothèses dentaires selon le besoin d'aide humaine et l'âge

		Effectifs bruts	Moyenne pondérée	Ecart- type	1 ^{er} quartile	Médiane	4 ^e quartile	Coefficient de variation
De 20 à 59 ans								
Sans aide	Dépenses	929	897	1025	350	600	1 085	1,14
	Restes à charge	929	707	853	225	475	866	1,21
Classe 1 ¹	Dépenses	120	825	853	250	550	1 167	1,03
	Restes à charge	120	614	651	179	430	829	1,06
Classe 2 ²	Dépenses	23	711	694	193	650	931	0,98
	Restes à charge	23	510	480	148	503	625	0,94
Classe 3 ³	Dépenses	25	951	863	240	660	1 758	0,91
	Restes à charge	25	757	743	165	499	1 332	0,98
Classe 4 ⁴	Dépenses	4	466	441	130	240	1 020	0,95
	Restes à charge	4	310	264	91	202	618	0,85
60 ans et plus								
Sans aide	Dépenses	621	879	1 089	170	550	1 219	1,24
	Restes à charge	621	716	928	120	419	1 010	1,30
Classe 1 ¹	Dépenses	200	782	1 074	98	315	900	1,37
	Restes à charge	200	621	876	75	252	757	1,41
Classe 2 ²	Dépenses	54	697	840	75	226	1 281	1,21
	Restes à charge	54	569	705	60	162	1 055	1,24
Classe 3 ³	Dépenses	84	795	876	75	366	1 395	1,10
	Restes à charge	84	635	727	60	286	1 252	1,15
Classe 4 ⁴	Dépenses	18	531	547	96	495	495	1,03
	Restes à charge	18	413	418	73	420	420	1,01
Ensemble	Dépenses	2 078	880	1 040	256	580	1 100	1,18
	Restes à charge	2 078	701	871	185	445	896	1,24

¹ Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'AIVQ. ² Classe 2 : Recours à l'aide humaine principalement pour les AIVQ et quasiment pas pour les AVQ. ³ Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AIVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées. ⁴ Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AIVQ et d'AVQ.

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus ayant eu des dépenses de prothèses dentaires.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

L'analyse des dépenses et des restes à charge se poursuit en neutralisant les effets de l'âge et du degré de recours à l'aide humaine. Les dépenses des individus qui recourent à l'aide humaine ne se distinguent pas significativement de celles des individus qui n'y recourent pas (tableau A3.30). Les mêmes résultats sont observés sur les restes à charge. Les individus âgés de 60 ans et plus qui ne recourent pas à l'aide humaine supportent des dépenses liées à l'acquisition de prothèses dentaires qui ne sont pas significativement différentes de celles des individus âgés de 20 à 59 ans qui ne recourent pas à l'aide humaine. Les individus de 60 ans et plus qui recourent à l'aide humaine supportent des dépenses de prothèses dentaires qui ne sont pas statistiquement différentes de celles des individus de 20 à 59 ans dans les mêmes classes de recours à l'aide humaine. Les résultats sur les restes à charge sont identiques : pas d'effet de l'âge sur le reste à charge des individus qui ne recourent pas à l'aide humaine ; pas d'effet de l'âge non plus sur le reste à charge des individus qui recourent à l'aide humaine.

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Annexe 3. Résultats par postes de dépenses

Irdes septembre 2019

Tableau A3.30 Variation des recours, des dépenses et des restes à charge de prothèses dentaires en fonction du niveau de recours à l'aide humaine et de l'âge

	Recours		Dépenses		Restes à charge	
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2
Recours à l'aide humaine						
Sans aide	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Classe 1 ¹	0,891	1,097	0,9	0,92	0,868	0,868
Classe 2 ²	0,704	0,881	0,794	0,793	0,777	0,722
Classe 3 ³	0,599***	0,743	0,936	1,06	0,921	1,071
Classe 4 ⁴	0,309***	0,412	0,583*	0,519	0,543**	0,439**
Age						
20-59 ans	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
60 ans et plus	1,735***	1,777***	0,977	0,98	1,012	1,012
Interaction âge et aide humaine						
20-59 ans	Sans aide		Réf.	Réf.	Réf.	
	Classe 1 ¹			0,967	1	
	Classe 2 ²		0,738	1	1,101	
60 ans et plus	Classe 3 ³		0,759	0,853	0,828	
	Classe 4 ⁴		0,682	1,162	1,316	
Effectifs	18 050	18 050	2 078	2 078	2 078	2 078

¹ Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'AVQ. ² Classe 2 : Recours à de l'aide humaine principalement pour les AIVQ et quasiment pas pour les AVQ. ³ Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées. ⁴ Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AVQ et d'AVQ.

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Reconnaissance administrative de handicap

La probabilité de recours aux prothèses dentaires est plus faible pour les bénéficiaires de l'AAH (9,8 %) comparativement à toutes les catégories de reconnaissance de handicap (13,6 % pour les bénéficiaires d'une pension d'invalidité et 13,6 % pour les titulaires d'une rente d'incapacité), y compris par rapport aux individus sans reconnaissance de handicap (10,9 %). Les titulaires d'une rente d'incapacité supportent les dépenses liées aux prothèses dentaires les plus faibles (653 euros annuels en moyenne), suivis par les bénéficiaires de l'AAH (737 euros), tandis que les titulaires d'une pension d'invalidité ont des dépenses moyennes élevées (1 067 euros en moyenne). Les bénéficiaires d'une rente d'incapacité et les bénéficiaires de l'AAH endossent les restes à charge les plus faibles (respectivement 485 euros et 541 euros) tandis que les bénéficiaires de pensions d'invalidité supportent un reste à charge plus élevé (782 euros).

L'analyse des dépenses et des restes à charge est poursuivie en neutralisant les effets de l'âge, du sexe et du type de reconnaissance administrative. Après avoir neutralisé les effets de l'âge et du sexe, il apparaît que les individus titulaires d'une reconnaissance de handicap supportent des dépenses de prothèses dentaires qui ne se différencient pas significativement de celles des individus sans reconnaissance de handicap. En revanche, les bénéficiaires de l'AAH se distinguent par des restes à charge liés aux prothèses dentaires réduits en moyenne de 22 % par rapport à ceux sans reconnaissance de handicap.

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Annexe 3. Résultats par postes de dépenses

Irdes septembre 2019

Tableau A3.31 Statistiques descriptives des taux de recours, des dépenses et des restes à charge de prothèses dentaires selon la reconnaissance de handicap

		Effectifs bruts	Moyenne pondérée	Ecart-type	1 ^{er} quartile	Médiane	4 ^e quartile	Coefficient de variation
Sans reconnaissance	Taux de recours	14 497	10,9 %	31,1 %	0	0	0	286 %
	Dépenses	1 665	876	1 034	260	580	1 100	118 %
	Restes à charge	1 665	703	873	185	448	888	124 %
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	Taux de recours	1 144	9,8 %	29,7 %	0	0	0	304 %
	Dépenses	95	737	721	247	600	968	98 %
	Restes à charge	95	541	564	172	434	740	104 %
Pension d'invalidité	Taux de recours	2 080	13,6 %	34,2 %	0	0	0	253 %
	Dépenses	272	1 067	1 263	232	650	1 487	118 %
	Restes à charge	272	782	965	150	495	980	123 %
Rente d'incapacité	Taux de recours	329	13,6 %	34,3 %	0	0	0	252 %
	Dépenses	46	653	669	181	321	800	102 %
	Restes à charge	46	485	528	106	192	725	109 %
Ensemble des plus de 20 ans	Taux de recours	18 050	11,0 %	31,3 %	0	0	0	284 %
	Dépenses	2 078	880	1 039	256	580	1 100	118 %
	Restes à charge	2 078	701	871	185	445	896	124 %

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Tableau A3.32 Variation des recours, des dépenses et des restes à charge de prothèses dentaires en fonction de la reconnaissance administrative

	Recours		Dépenses		Restes à charge	
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2
Reconnaissance administrative de handicap						
Sans reconnaissance	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	0,889	1,041	0,841	0,844	0,770*	0,779*
Pension d'invalidité	1,285*	1,083	1,219	1,222	1,114	1,112
Rente d'incapacité	1,29	1,203	0,746	0,757	0,69	0,699
Sexe						
Homme	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Femme		1,243**		1,058		1,064
Age		1,020***		1		1,001
Effectifs	18 050	18 050	2 078	2 078	2 078	2 078

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus ayant des dépenses de prothèses dentaires.

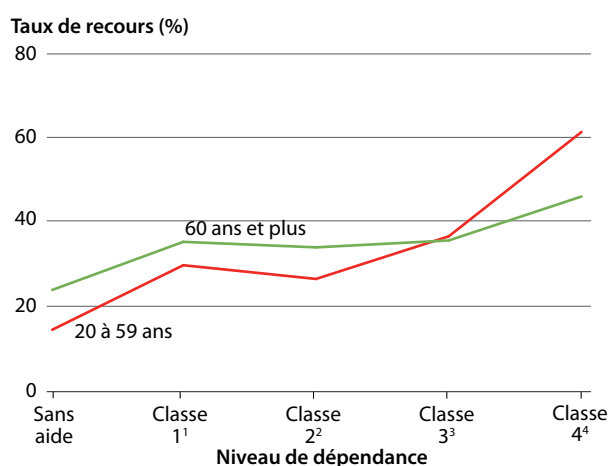
Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Autres prothèses et orthèses

Recours à l'aide humaine

Pour les individus qui ne recourent pas à l'aide humaine ou pour ceux situés dans les deux premières classes de recours à l'aide humaine, le taux de recours aux orthèses et prothèses est plus élevé chez les personnes âgées de 60 ans et plus (graphique A3.9). La situation s'inverse pour les personnes des classes 3 et 4 : leur taux de recours aux orthèses et prothèses est plus élevé pour celles âgées de 20 à 59 ans que pour les 60 ans et plus.

Graphique A3-9 Taux de recours à des orthèses et/ou prothèses (hors optique et dentaire) par niveau de dépendance avant et après 60 ans



¹ Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'AVQ. ² Classe 2 : Recours à de l'aide humaine principalement pour les AIVQ et quasiment pas pour les AVQ. ³ Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées. ⁴ Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AVQ et d'AVQ.

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Les individus âgés de 20 à 59 ans recourant à l'aide humaine ont une probabilité de recourir aux orthèses et prothèses significativement plus élevée que celle des individus de la même tranche d'âge sans besoin d'aide humaine : 3 fois plus élevée pour les individus de la classe 1, 2 fois plus élevée pour ceux de la classe 2, 4 fois plus élevée pour ceux de la classe 3 et jusqu'à 11 fois plus élevée pour les individus de la classe 4 (tableau A3.34). Les individus âgés de 60 ans et plus qui ne recourent pas à l'aide humaine ont une probabilité deux fois plus élevée de recourir aux orthèses et prothèses que leurs homologues âgés de 20 à 59 ans. Les individus âgés de 60 ans et plus qui sont dans la classe 2 se retrouvent dans une situation comparable : ils ont une probabilité deux fois plus élevée de recourir aux orthèses et prothèses par rapport aux individus âgés de 20 à 59 ans qui sont dans la classe 2. En revanche, pour les autres classes de recours à l'aide humaine, le différentiel de probabilité de recours lié à l'âge est nettement réduit : +31 % seulement dans la classe 1, +96 % dans la classe 3 et +53 % dans la classe 4.

Les dépenses de prothèses et d'orthèses sont significativement plus élevées pour les individus qui recourent à l'aide humaine que pour ceux qui n'y recourent pas et croissent également en fonction du degré de recours à l'aide humaine pour la population âgée de 20 à 59 ans : les dépenses varient de 301 euros dans la classe 1 à 1 474 euros en moyenne dans la classe 4 (*versus* 134 euros pour les individus qui ne recourent pas à l'aide humaine) [tableau A3.33].

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Annexe 3. Résultats par postes de dépenses

Irdes septembre 2019

En revanche, pour les individus âgés de 60 ans et plus, le niveau des dépenses est plus élevé pour les individus qui recourent à l'aide humaine que pour ceux qui n'y recourent pas, mais les dépenses varient moins nettement en fonction du degré de recours à l'aide humaine. Le reste à charge des individus âgés de moins de 60 ans varie en fonction du degré de recours à l'aide humaine, mais de façon non linéaire : les individus de la classe 1 endossent un reste à charge de 82 euros, 48 euros pour la classe 2, 142 euros pour la classe 3 et 355 euros pour la classe 4. En revanche, pour les individus âgés de 60 ans et plus, le reste à charge décroît en fonction du degré de recours à l'aide humaine : il s'établit à 220 euros dans la classe 1 puis diminue de façon linéaire pour atteindre 40 euros dans la classe 4 de recours à l'aide humaine.

Tableau A3.33 Statistiques descriptives des dépenses et des restes à charge de prothèses et orthèses (hors optique et dentaire) selon le besoin d'aide humaine et l'âge

		Effectifs bruts	Moyenne pondérée	Ecart- type	1 ^{er} quartile	Médiane	4 ^e quartile	Coefficient de variation
De 20 à 59 ans								
Sans aide	Dépenses	1 386	134	615	41	65	106	4,58
	Restes à charge	1 386	66	247	15	29	63	3,71
Classe 1 ¹	Dépenses	318	301	770	53	74	150	2,56
	Restes à charge	318	82	326	6	24	61	3,98
Classe 2 ²	Dépenses	63	315	596	41	73	244	1,89
	Restes à charge	63	48	162	3	20	38	3,36
Classe 3 ³	Dépenses	105	693	1 160	63	122	794	1,67
	Restes à charge	105	142	458	0	20	61	3,24
Classe 4 ⁴	Dépenses	50	1 474	2 641	120	604	1 327	1,79
	Restes à charge	50	355	1 500	0	20	42	4,23
60 ans et plus								
Sans aide	Dépenses	970	288	717	48	77	145	2,49
	Restes à charge	970	213	648	20	39	79	3,05
Classe 1 ¹	Dépenses	482	371	1 145	46	78	160	3,08
	Restes à charge	482	220	763	19	37	79	3,46
Classe 2 ²	Dépenses	172	333	684	48	73	188	2,06
	Restes à charge	172	156	435	17	27	75	2,79
Classe 3 ³	Dépenses	320	342	702	51	99	264	2,06
	Restes à charge	320	109	375	10	31	67	3,45
Classe 4 ⁴	Dépenses	145	623	1 456	65	101	607	2,34
	Restes à charge	145	40	112	0	17	41	2,81
Ensemble	Dépenses	4 011	232	765	45	73	121	3,30
	Restes à charge	4 011	127	480	16	31	69	3,79

¹ Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'AIVQ. ² Classe 2 : Recours à de l'aide humaine principalement pour les AIVQ et quasiment pas pour les AVQ. ³ Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AIVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées. ⁴ Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AIVQ et d'AVQ.

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus ayant eu des dépenses de prothèses et d'orthèses (hors optique et dentaire).

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

L'analyse des dépenses et des restes à charge est poursuivie en distinguant les effets de l'âge et du degré de recours à l'aide humaine. Les dépenses d'orthèses et de prothèses des individus âgés de 20 à 59 ans qui recourent à l'aide humaine sont en moyenne deux fois plus élevées que celles des individus de la même tranche d'âge qui n'y recourent pas (tableau A3.34). Le différentiel de dépenses est encore plus accentué dans les classes 3 et 4 : les dépenses d'orthèses et de prothèses y sont respectivement 5 et 11 fois plus élevées pour les individus âgés de 20 à 59 ans qui sont dans ces classes que pour les individus de la même tranche d'âge qui ne déclarent pas de besoin d'aide humaine. Les individus âgés de 60 ans et plus qui ne recourent pas à l'aide humaine supportent des dépenses d'orthèses

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Annexe 3. Résultats par postes de dépenses

Irdes septembre 2019

et de prothèses environ deux fois plus élevées en moyenne que celles de leurs homologues âgés de 20 à 59 ans. Les individus âgés de 60 ans et plus de la classe 1 de recours à l'aide humaine supportent également des dépenses d'orthèses et de prothèses en moyenne deux fois supérieures à celles des individus âgés de 20 à 59 ans de cette classe. Les individus âgés de 60 ans et plus de la classe 2 supportent des dépenses supérieures d'environ 5 % à celles des individus âgés de 20 à 59 ans de cette même classe. Les individus âgés de 60 ans et plus des classes 3 et 4 de recours à l'aide humaine supportent des dépenses liées à l'acquisition de prothèses et d'orthèses inférieures de respectivement 51 % et de 57 % par rapport à celles des individus âgés de 20 à 59 ans dans les mêmes classes.

Les personnes âgées de moins de 60 ans des classes 1 et 2 de recours à l'aide humaine endossent des restes à charge liés aux orthèses et prothèses non significativement différents de ceux supportés par les individus de la même tranche d'âge qui ne recourent pas à l'aide humaine. En revanche, pour des degrés de recours à l'aide humaine plus accentués, le différentiel de reste à charge est plus marqué : les individus de la classe 3 endossent des restes à charge en moyenne doublés par rapport à ceux des individus âgés de 20 à 59 ans sans recours à l'aide humaine, et ils sont même multipliés par cinq dans la classe 4.

Les individus âgés de 60 ans et plus qui ne recourent pas à l'aide humaine endossent des restes à charge en moyenne multipliés par 3 par rapport à leurs homologues plus jeunes, âgés de 20 à 59 ans. Les individus âgés de 60 ans et plus qui sont dans les deux premières classes de recours à l'aide humaine supportent des restes à charge en moyenne trois fois plus élevés que ceux des individus âgés de moins de 60 ans qui ont des besoins d'aide humaine équivalents. En revanche, les individus âgés de 60 ans et plus des classes 3 et 4 endossent des restes à charge augmentés de 23 % et de 89 % par rapport à ceux âgés de moins de 60 ans qui sont dans ces classes.

Tableau A3.34 Variation des recours, des dépenses et des restes à charge de prothèses et/ou orthèses (hors optique et dentaire) en fonction du niveau de recours à l'aide humaine et de l'âge

	Recours		Dépenses		Restes à charge	
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2
Recours à l'aide humaine						
Sans aide	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Classe 1 ¹	2,094***	2,746***	1,575*	2,242***	1,089	1,232
Classe 2 ²	1,894***	2,336***	1,437	2,346***	0,755	0,725
Classe 3 ³	2,221***	3,842***	1,858***	5,163***	0,675*	2,129**
Classe 4 ⁴	4,283***	10,876***	4,232***	10,978***	0,954	5,336**
Age						
20-59 ans	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
60 ans et plus	1,867***	2,011***	1,623***	2,145***	2,855***	3,2***
Interaction âge et aide humaine						
20-59 ans	Sans aide		<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	
	Classe 1 ¹		0,651***	0,575	0,841	
60 ans	Classe 2 ²		0,725	0,492*	1,011	
et plus	Classe 3 ³		0,477***	0,23***	0,24***	
	Classe 4 ⁴		0,262***	0,197***	0,035***	
Effectifs	18 050	18 050	4 011	4 011	4 011	4 011

¹ Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'AIVQ. ² Classe 2 : Recours à l'aide humaine principalement pour les AIVQ et quasiment pas pour les AVQ. ³ Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AIVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées. ⁴ Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AIVQ et d'AVQ.

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Reconnaissance administrative de handicap

La probabilité de recours aux orthèses et prothèses est supérieure pour les individus qui ont une reconnaissance administrative de handicap comparativement à celle des individus qui n'en ont pas : respectivement 22,6 % pour les bénéficiaires de l'AAH, 28,5 % pour les titulaires d'une pension d'invalidité, 16,9 % pour les titulaires d'une rente d'incapacité et seulement 15,6 % pour les individus sans reconnaissance de handicap (tableau A3.35).

Tableau A3.35 Statistiques descriptives des taux de recours, des dépenses et des restes à charge d'orthèses et/ou prothèses (hors optique et dentaire) selon la reconnaissance de handicap

		Effectifs bruts	Moyenne pondérée	Ecart-type	1 ^{er} quartile	Médiane	4 ^e quartile	Coefficient de variation
Sans reconnaissance	Taux de recours	14 497	15,6 %	36,3 %	0	0	0	232 %
	Dépenses	3 000	203	694	43	71	118	341 %
	Restes à charge	3 000	124	467	17	32	70	376 %
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	Taux de recours	1 144	22,6 %	41,8 %	0	0	0	185 %
	Dépenses	274	629	1 644	57	108	662	261 %
	Restes à charge	274	152	762	0	23	54	500 %
Pension d'invalidité	Taux de recours	2 080	28,5 %	45,1 %	0	0	1	158 %
	Dépenses	661	431	1 010	47	88	209	234 %
	Restes à charge	661	146	504	4	20	59	345 %
Rente d'incapacité	Taux de recours	329	16,9 %	37,5 %	0	0	0	222 %
	Dépenses	75	246	597	56	113	165	243 %
	Restes à charge	75	156	512	23	48	112	328 %
Ensemble des plus de 20 ans	Taux de recours	18 050	16,3 %	36,9 %	0	0	0	227 %
	Dépenses	4 010	232	765	44	72	121	330 %
	Restes à charge	4 010	127	480	16	31	69	379 %

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Une fois neutralisés les effets de l'âge et du sexe, il apparaît que la probabilité de recours aux orthèses et prothèses est significativement plus élevée pour les bénéficiaires de l'AAH et pour les titulaires d'une pension d'invalidité (respectivement +93,5 % et +85 %) par rapport aux individus sans reconnaissance de handicap (tableau A3.36).

Tableau A3.36 Variation des recours, des dépenses et des restes à charge d'orthèses et/ou de prothèses (hors optique et dentaire) en fonction de la reconnaissance administrative

	Recours		Dépenses		Restes à charge	
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2
Reconnaissance administrative de handicap						
Sans reconnaissance	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	1,577***	1,935***	3,094***	3,940***	1,226	1,907
Pension d'invalidité	2,153***	1,851***	2,117***	1,891***	1,177	1,018
Rente d'incapacité	1,100	1,121	1,207	1,04	1,258	1,053
Sexe						
Homme	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Femme		1,762***		0,746*		0,707*
Age		1,023***		1,020***		1,033***
Effectifs	18 050	18 050	4 010	4 010	4 010	4 010

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Annexe 3. Résultats par postes de dépenses

Irdes septembre 2019

Les dépenses d'orthèses et de prothèses sont très nettement supérieures pour les bénéficiaires de l'AAH (629 euros en moyenne) et pour les titulaires de pensions d'invalidité (431 euros en moyenne) comparativement aux individus sans reconnaissance de handicap (203 euros annuels en moyenne) [tableau A3.35]. La dépense d'orthèses et de prothèses des titulaires de rentes d'incapacité est la plus faible des trois catégories de reconnaissance de handicap (246 euros) mais elle occasionne le reste à charge moyen le plus élevé pour les individus avec une reconnaissance de handicap. Cette situation paradoxale pourrait s'expliquer par une structure de consommation spécifique aux bénéficiaires de rentes d'incapacité qui laisse plus de place à des dispositifs plus coûteux non pris en charge intégralement par l'assurance maladie obligatoire. Les bénéficiaires de l'AAH endossent un reste à charge moyen de 152 euros tandis que les titulaires d'une pension d'invalidité supportent un reste à charge de 146 euros en moyenne.

L'analyse des dépenses et des restes à charge est poursuivie en distinguant les effets de l'âge, du sexe et du type de reconnaissance administrative de handicap. Les dépenses des bénéficiaires de l'AAH sont en moyenne presque quatre fois plus élevées que celles des individus sans reconnaissance de handicap tandis que les dépenses des titulaires d'une pension d'invalidité sont en moyenne deux fois plus élevées par rapport à la même référence.

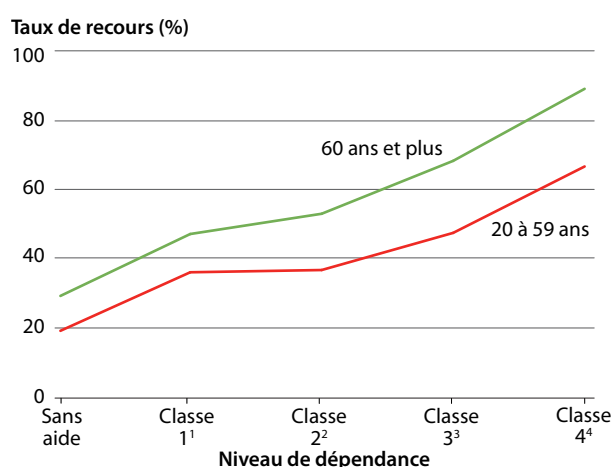
En revanche, l'analyse sur les restes à charge ne met en évidence aucune différence significative entre les différents motifs de reconnaissance de handicap, ni par rapport aux individus sans reconnaissance de handicap.

Appareils et matériels pour traitements

Recours à l'aide humaine

Le taux de recours aux appareils et matériel pour traitements est plus élevé pour les individus âgés de 60 ans et plus que pour ceux âgés de 20 à 59 ans, que les individus recourent ou non à l'aide humaine. Le différentiel de recours entre les deux populations tend à s'accroître dans les classes de plus fort recours à l'aide humaine (graphique As3.10).

Graphique A3-10 Taux de recours à des appareils et matériels pour traitement par niveau de dépendance avant et après 60 ans



¹ Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'AIVQ. ² Classe 2 : Recours à l'aide humaine principalement pour les AIVQ et quasiment pas pour les AVQ. ³ Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AIVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées. ⁴ Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AIVQ et d'AVQ.

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

La probabilité de recours aux appareils et matériels pour traitements est analysée en distinguant les effets de l'âge et du degré de recours à l'aide humaine. Les personnes âgées de 20 à 59 ans des classes 1 et 2 de recours à l'aide humaine affichent une probabilité de recours aux appareils et matériels pour traitements en moyenne 2,5 fois plus élevée que les individus de la même tranche d'âge qui ne recourent pas à l'aide humaine (tableau A3.38). Le différentiel est encore plus accentué dans la classe 3 (4 fois plus élevé) et encore davantage dans la classe 4 (9 fois plus élevé). Les individus âgés de 60 ans et plus qui ne recourent pas à l'aide humaine ont une probabilité 1,8 fois plus élevée de recourir aux appareils et matériels pour traitements que les individus âgés de 20 à 59 ans sans recours à l'aide humaine.

Que la population considérée soit âgée de moins ou de plus de 60 ans, les dépenses en appareils et matériels pour traitements croissent de façon significative avec le degré de recours à l'aide humaine (tableau A3.37). Ces dépenses varient de 370 euros en classe 1 à 2 702 euros en classe 4 pour la population âgée de 20 à 59 ans, tandis qu'elles évoluent de 442 euros en classe 1 à 1 740 euros en classe 4 pour les individus âgés de 60 ans et plus. Contrairement à ce qui est observé au niveau des dépenses, les restes à charge sont plutôt stables en fonction du degré de recours à l'aide humaine, et ce constat se vérifie avant 60 ans (reste à charge compris entre 43 euros et 52 euros) et après 60 ans (reste à charge compris entre 44 euros et 58 euros dans les classes 1, 2, 3 de recours à l'aide humaine, avec un reste à charge maximal de 73 euros dans la classe 4).

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Annexe 3. Résultats par postes de dépenses

Irdes septembre 2019

Tableau A3.37 Statistiques descriptives des dépenses et des restes à charge en appareils et matériels pour traitements selon le besoin d'aide humaine et l'âge

		Effectifs bruts	Moyenne pondérée	Ecart-type	1 ^{er} quartile	Médiane	4 ^e quartile	Coefficient de variation
De 20 à 59 ans								
Sans aide	Dépenses	2 017	159	670	9	24	60	4,22
	Restes à charge	2 017	21	62	2	7	13	2,99
Classe 1 ¹	Dépenses	448	370	1 084	16	51	208	2,93
	Restes à charge	448	43	142	0	5	20	3,33
Classe 2 ²	Dépenses	94	526	1 194	17	53	501	2,27
	Restes à charge	94	55	142	0	6	64	2,58
Classe 3 ³	Dépenses	154	1 144	2 410	51	209	1 022	2,11
	Restes à charge	154	44	117	0	8	36	2,66
Classe 4 ⁴	Dépenses	66	2 702	4 044	31	897	3 426	1,50
	Restes à charge	66	52	131	0	7	15	2,53
60 ans et plus								
Sans aide	Dépenses	1 377	282	752	14	46	197	2,66
	Restes à charge	1 377	36	97	1	7	22	2,69
Classe 1 ¹	Dépenses	718	442	1 099	21	90	348	2,48
	Restes à charge	718	44	112	1	9	31	2,53
Classe 2 ²	Dépenses	291	632	1 668	33	153	739	2,64
	Restes à charge	291	58	123	1	14	50	2,13
Classe 3 ³	Dépenses	600	930	16 30	67	296	983	1,75
	Restes à charge	600	50	158	0	8	37	3,14
Classe 4 ⁴	Dépenses	306	1 740	1 787	560	1 151	2 317	1,03
	Restes à charge	306	73	167	0	15	71	2,30
Ensemble	Dépenses	6 071	309	982	12	32	165	3,18
	Restes à charge	6 071	31	92	2	7	18	2,97

¹ Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'AIVQ. ² Classe 2 : Recours à de l'aide humaine principalement pour les AIVQ et quasiment pas pour les AVQ. ³ Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AIVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées. ⁴ Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AIVQ et d'AVQ.

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus ayant eu des dépenses liées aux acquisitions d'appareils et de matériels pour traitements.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

L'analyse des dépenses et des restes à charge se poursuit en distinguant les effets de l'âge et du degré de recours à l'aide humaine. Les dépenses en appareils et matériels pour traitements des individus âgés de 20 à 59 ans qui recourent à l'aide humaine augmentent significativement avec le degré de recours à l'aide humaine comparativement aux dépenses des individus de la même tranche d'âge qui n'y recourent pas : les dépenses des individus de la classe 1 sont en moyenne deux fois plus élevées, celles de la classe 2 trois fois plus élevées, celles de la classe 3 sont sept fois plus élevées et celles de la classe 4 17 fois plus élevées. Les individus qui ne recourent pas à l'aide humaine âgés de 60 ans et plus affichent des dépenses en moyenne 80 % plus élevées que celles des individus âgés de moins de 60 ans qui ne recourent pas à l'aide humaine. Les individus âgés de 60 ans et plus des classes 1 et 2 de recours à l'aide humaine supportent des dépenses liés aux appareils et matériels pour traitements en moyenne augmentées de 19,5 % et 80 % par rapport à celles des individus âgés de moins de 60 ans. En revanche, dans les classes 3 et 4 de recours à l'aide humaine, les dépenses liées aux appareils et matériels pour traitements des individus âgés de 60 ans et plus diminuent de respectivement 19 % et 36 % par rapport à celles des individus âgés de 20 à 59 ans de ces mêmes classes.

Les restes à charge liés aux acquisitions d'appareils et de matériels pour traitement des individus âgés de moins de 60 ans qui recourent à l'aide humaine sont en moyenne

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Annexe 3. Résultats par postes de dépenses

Irdes septembre 2019

deux fois plus élevés que ceux endossés par les individus de la même tranche d'âge qui n'y recourent pas. On n'observe toutefois pas d'impact particulier du degré de recours à l'aide humaine sur le différentiel de restes à charge entre ceux qui recourent à l'aide et ceux qui n'y recourent pas, ce différentiel demeurant constant quelle que soit la classe de recours à l'aide. Les individus âgés de 60 ans et plus qui ne recourent pas à l'aide humaine encourent une augmentation de reste à charge d'environ 72 % par rapport à celui des individus plus jeunes (20-59 ans) qui n'y recourent pas. C'est un différentiel de même ampleur qui est observé pour les individus âgés de plus de 60 ans qui recourent à l'aide humaine comparativement à leurs homologues plus jeunes des mêmes classes (+72 % de reste à charge lié aux acquisitions d'appareils et de matériels pour traitements).

Tableau A3.38 Variation des recours, des dépenses et des restes à charge d'appareils et matériels pour traitements en fonction du niveau de recours à l'aide humaine et de l'âge

	Recours		Dépenses		Restes à charge	
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2
Recours à l'aide humaine						
Sans aide	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Classe 1 ¹	2,337***	2,544***	1,872***	2,333***	1,439*	2,048**
Classe 2 ²	2,777***	2,625***	2,651***	3,315***	1,839**	2,651***
Classe 3 ³	5,067***	4,136***	4,153***	7,206***	1,542**	2,104***
Classe 4 ⁴	14,85***	9,297***	8,554***	17,027***	2,182***	2,478**
Age						
20-59 ans	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
60 ans et plus	1,836***	1,833***	1,370**	1,778***	1,549***	1,722***
Interaction âge et aide humaine						
20-59 ans	Sans aide		Réf.	Réf.	Réf.	
	Classe 1 ¹		0,883	0,672*	0,603	
60 ans et plus	Classe 2 ²		1,082	0,676	0,611	
	Classe 3 ³		1,313	0,457***	0,664	
	Classe 4 ⁴		2,244**	0,362***	0,818	
Effectifs	18 050	18 050	6 071	6 071	6 071	6 071

¹ Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'AVQ. ² Classe 2 : Recours à de l'aide humaine principalement pour les AVQ et quasiment pas pour les AVQ. ³ Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées. ⁴ Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AVQ et d'AVQ.

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Reconnaissance administrative de handicap

La probabilité de recours aux appareils et matériels pour traitements est plus élevée chez les individus qui bénéficient d'une reconnaissance de handicap (40 % pour les bénéficiaires de pensions d'invalidité, 27 % pour les titulaires d'une rente d'incapacité et 31 % pour les bénéficiaires de l'AAH) que chez les individus sans reconnaissance de handicap (21 %) [tableau A3.39].

Le taux de recours aux appareils et matériels pour traitements est analysé en distinguant les effets de l'âge, du sexe et du type de reconnaissance de handicap. Les bénéficiaires de l'AAH et de pensions d'invalidité affichent une probabilité de recours environ deux fois plus élevée que celle des individus sans reconnaissance de handicap (tableau A3.40).

Les bénéficiaires de l'AAH et de pensions d'invalidité supportent les dépenses moyennes les plus élevées : respectivement 790 euros et 734 euros *versus* seulement 258 euros en moyenne pour les individus sans reconnaissance de handicap (tableau A3.39). Le

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Annexe 3. Résultats par postes de dépenses

Irdes septembre 2019

Tableau A3.39 Statistiques descriptives des taux de recours, des dépenses et des restes à charge d'appareils et matériels pour traitements selon la reconnaissance de handicap

		Effectifs bruts	Moyenne pondérée	Ecart-type	1 ^{er} quartile	Médiane	4 ^e quartile	Coefficient de variation
Sans reconnaissance	Taux de recours	14 497	21,3 %	41,0 %	0	0	0	192 %
	Dépenses	4 539	258	834	11	27	134	323 %
	Restes à charge	4 539	31	90	2	7	17	294 %
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	Taux de recours	1 144	30,8 %	46,2 %	0	0	1	150 %
	Dépenses	409	790	1 981	15	60	500	251 %
	Restes à charge	409	37	123	0	5	20	332 %
Pension d'invalidité	Taux de recours	2 080	40,3 %	49,1 %	0	0	1	122 %
	Dépenses	1 000	734	1 698	26	134	765	231 %
	Restes à charge	1 000	27	84	0	2	17	314 %
Rente d'incapacité	Taux de recours	329	26,9 %	44,4 %	0	0	1	165 %
	Dépenses	120	316	744	16	62	252	235 %
	Restes à charge	120	40	125	0	7	34	313 %
Ensemble des plus de 20 ans	Taux de recours	18 050	22,4 %	41,7 %	0	0	0	186 %
	Dépenses	6 068	309	982	11	31	164	318 %
	Restes à charge	6 068	31	92	2	7	18	297 %

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

niveau des dépenses des bénéficiaires de rentes d'incapacité est le plus faible (316 euros) des trois types de reconnaissance de handicap, ce qui ne les empêche pas d'avoir à endosser le niveau de restes à charge le plus élevé (40 euros *versus* 37 euros pour les bénéficiaires de l'AAH et 27 euros pour les titulaires d'une pension d'invalidité).

L'analyse des dépenses et des restes à charge liés à la consommation d'appareils et de matériels pour traitement est poursuivie en distinguant les effets de l'âge et du type de reconnaissance de handicap. Les bénéficiaires de l'AAH supportent des dépenses en moyenne quatre fois plus importantes que celles des individus sans reconnaissance de handicap, tandis que les titulaires d'une pension d'invalidité supportent des dépenses en moyenne 2,5 fois plus importantes par rapport à la même référence. Les bénéficiaires de l'AAH endossent un reste à charge en moyenne supérieur de 48 % par rapport à celui des individus sans reconnaissance de handicap (tableau A3.40).

Tableau A3.40 Variation des recours, des dépenses et des restes à charge d'appareils et matériels pour traitements en fonction de la reconnaissance administrative

	Recours		Dépenses		Restes à charge	
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2
Reconnaissance administrative de handicap						
Sans reconnaissance	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	1,645***	2,006***	3,062***	3,961***	1,205	1,480*
Pension d'invalidité	2,495***	2,034***	2,847***	2,505***	0,869	0,79
Rente d'incapacité	1,359	1,197	1,224	1,053	1,297	1,23
Sexe						
Homme	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Femme		1,144**		0,713***		0,961
Age		1,025***		1,023***		1,019***
Effectifs	18 050	18 050	6 068	6 068	6 068	6 068

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

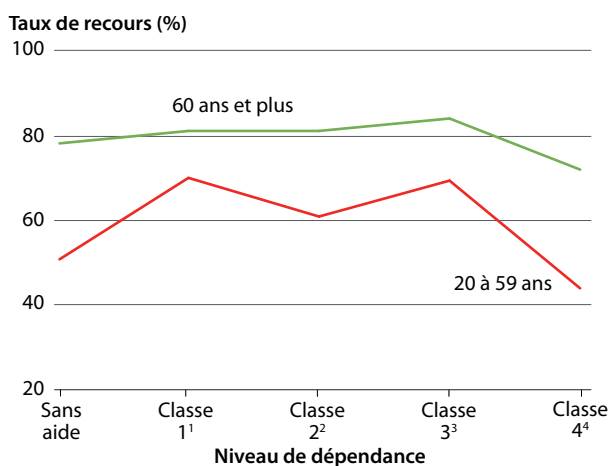
Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Biologie

Recours à l'aide humaine

Le taux de recours aux actes de biologie est relativement élevé pour les individus âgés de 60 ans et plus (environ 80 %), et par ailleurs plutôt stationnaire selon que les individus recourent ou non à l'aide humaine, à l'exception de la classe 4 de recours à l'aide humaine dans laquelle le taux est un peu plus faible (70 %). Pour les individus âgés de 20 à 59 ans, le taux de recours aux actes de biologie est globalement plus élevé pour ceux qui déclarent un besoin d'aide humaine comparativement à leurs homologues qui n'en ont pas (entre 10 et 20 points de différence), à l'exception des individus de la classe 4 qui recourent moins aux actes de biologie que les individus de la même tranche d'âge qui ne déclarent pas de besoin d'aide humaine (graphique A3.11).

Graphique A3-11 Taux de recours à la biologie par niveau de dépendance avant et après 60 ans



¹ Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'AVQ. ² Classe 2 : Recours à de l'aide humaine principalement pour les AIVQ et quasiment pas pour les AVQ. ³ Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées. ⁴ Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AVQ et d'AVQ.

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Lorsque l'on distingue les effets de l'âge des effets du degré de recours à l'aide humaine, on montre que la probabilité de recours aux actes de biologie est plus élevée pour les individus âgés de 20 à 59 ans des classes 1, 2, 3 de recours à l'aide humaine (2 fois plus élevée dans les classes 1 et 3 et 1,5 fois plus élevée dans la classe 2) par rapport aux individus dans la même tranche d'âge mais qui ne recourent pas à l'aide humaine (tableau A3.42). Les individus de la classe 4 font toutefois exception à ce panorama global : leur probabilité de recours aux actes de biologie n'est ni plus ni moins élevée que celle qui prévaut pour les individus de la même tranche d'âge qui ne recourent pas à l'aide humaine. Les individus âgés de 60 ans et plus qui ne recourent pas à l'aide humaine affichent une probabilité de recours aux actes de biologie environ 3,5 fois plus élevée que celle des individus âgés de 20 à 59 ans qui ne recourent pas à l'aide humaine.

Les dépenses de biologie des individus qui recourent à l'aide humaine sont significativement plus élevées que celles des individus qui n'y recourent pas, et ce constat est vérifié pour les individus âgés de 20 à 59 ans ou de 60 ans et plus (tableau A3.41). Toutefois, on n'observe aucune proportionnalité entre le niveau des dépenses de biologie exposé et le

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Annexe 3. Résultats par postes de dépenses

Irdes septembre 2019

Tableau A3.41 Statistiques descriptives des dépenses et des restes à charge de biologie selon le besoin d'aide humaine et l'âge

		Effectifs bruts	Moyenne pondérée	Ecart-type	1 ^{er} quartile	Médiane	4 ^e quartile	Coefficient de variation
De 20 à 59 ans								
Sans aide	Dépenses	5 061	124	162	42	80	144	1,31
	Restes à charge	5 061	41	45	13	28	51	1,11
Classe 1 ¹	Dépenses	796	202	247	56	120	258	1,22
	Restes à charge	796	43	64	9	24	52	1,49
Classe 2 ²	Dépenses	177	174	163	64	117	242	0,94
	Restes à charge	177	38	43	9	26	52	1,11
Classe 3 ³	Dépenses	205	210	228	60	158	273	1,09
	Restes à charge	205	37	46	6	18	50	1,26
Classe 4 ⁴	Dépenses	60	179	159	68	127	226	0,89
	Restes à charge	60	17	21	5	9	23	1,27
60 ans et plus								
Sans aide	Dépenses	3 299	143	145	61	102	173	1,01
	Restes à charge	3 299	42	53	15	31	54	1,25
Classe 1 ¹	Dépenses	1 173	195	211	75	137	237	1,08
	Restes à charge	1 173	42	53	11	26	57	1,25
Classe 2 ²	Dépenses	421	201	202	79	129	246	1,00
	Restes à charge	421	40	49	8	23	52	1,24
Classe 3 ³	Dépenses	728	219	246	87	160	268	1,12
	Restes à charge	728	34	38	11	24	43	1,11
Classe 4 ⁴	Dépenses	270	177	159	69	123	242	0,89
	Restes à charge	270	26	40	6	14	28	1,57
Ensemble	Dépenses	12 190	139	168	50	92	166	1,21
	Restes à charge	12 190	41	48	13	28	52	1,18

¹ Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'AVQ. ² Classe 2 : Recours à de l'aide humaine principalement pour les AIVQ et quasiment pas pour les AVQ. ³ Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées. ⁴ Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AVQ et d'AVQ.

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus ayant eu des dépenses de biologie.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

degré de recours à l'aide humaine, ni avant 60 ans ni après 60 ans. Les niveaux de restes à charge varient peu en fonction du degré de recours à l'aide humaine, même s'il apparaît un peu plus faible dans la classe 4 de recours à l'aide humaine (17 euros en moyenne avant 60 ans et 26 euros en moyenne après 60 ans). Dans la classe 4, la proportion d'individus exonérés du ticket modérateur est plus importante, avant comme après 60 ans, ce qui permet d'écarter le niveau de reste à charge moyen lié aux dépenses de biologie.

L'analyse des dépenses et des restes à charge se poursuit en distinguant les effets de l'âge des effets du degré de recours à l'aide humaine. Les dépenses de biologie des individus âgés de moins de 60 ans qui recourent à l'aide humaine sont en moyenne plus élevées que celles des individus qui n'y recourent pas et sont dans la même tranche d'âge : elles sont plus élevées de 40 % et de 44 % dans les classes 2 et 4, tandis que l'augmentation atteint même 63 % dans la classe 1 et 69 % dans la classe 3 (tableau A3.42). Les individus âgés de plus de 60 ans qui ne recourent pas à l'aide humaine supportent une dépense de biologie augmentée d'environ 15 % par rapport à ceux âgés de 20 à 59 ans qui ne recourent pas à l'aide humaine, ce qui correspond aussi au différentiel de dépense de biologie observé entre les individus âgés de plus de 60 ans et ceux âgés de 20 à 59 ans qui recourent à l'aide humaine, à l'exception des individus de la classe 1 qui supportent une dépense en moyenne 3 % plus faible que celle des individus âgés de moins de 60 ans qui sont dans la classe 1 de recours à l'aide humaine.

Tableau A3.42 Variation des recours, des dépenses et des restes à charge de biologie en fonction du niveau de recours à l'aide humaine et de l'âge

	Recours		Dépenses		Restes à charge	
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2
Recours à l'aide humaine						
Sans aide	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Classe 1 ¹	1,637***	2,293***	1,454***	1,634***	1,021	1,062
Classe 2 ²	1,360*	1,528**	1,421***	1,404***	0,938	0,945
Classe 3 ³	1,759***	2,238***	1,575***	1,692***	0,829**	0,9
Classe 4 ⁴	0,75	0,758	1,289***	1,444***	0,568***	0,413***
Age						
20-59 ans	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
60 ans et plus	3,345***	3,537***	1,130***	1,154***	1,036	1,042
Interaction âge et aide humaine						
20-59 ans	Sans aide		Réf.		Réf.	
	Classe 1 ¹		0,519***		0,837*	
	Classe 2 ²		0,792		1,004	
60 ans et plus	Classe 3 ³		0,666*		0,906	
	Classe 4 ⁴		0,944		0,86	
Effectifs	18 050	18 050	12 190	12 190	12 190	12 190

¹ Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'AIVQ. ² Classe 2 : Recours à de l'aide humaine principalement pour les AIVQ et quasiment pas pour les AVQ. ³ Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AIVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées. ⁴ Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AIVQ et d'AVQ.

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Les restes à charge des individus âgés de moins de 60 ans qui recourent à l'aide humaine ne sont pas significativement différents de ceux des individus de la même tranche d'âge qui ne recourent pas à l'aide humaine, à l'exception des individus de la classe 4 qui endossent des restes à charge réduits de 59 % par rapport à celui des individus âgés de 20 à 59 ans qui ne recourent pas à l'aide humaine. Les individus âgés de 60 ans et plus qui ne recourent pas à l'aide humaine pour réaliser les activités de la vie quotidienne endossent un reste à charge moyen lié aux dépenses de biologie qui n'est pas significativement différent de celui des individus âgés de 20 à 59 ans qui n'y recourent pas. De façon équivalente, les individus âgés de 60 ans et plus qui recourent à l'aide humaine endossent un reste à charge moyen qui n'est pas statistiquement différent de celui des individus âgés de 20 à 59 ans qui y recourent.

Reconnaissance administrative de handicap

La probabilité de recours aux actes de biologie est globalement plus élevée pour les bénéficiaires de pensions d'invalidité (72,3 %) et pour les titulaires d'une rente d'incapacité (64 %) comparativement aux individus sans reconnaissance de handicap (57,8 %) [tableau A3.43]. Les bénéficiaires de l'AAH font exception par rapport aux autres catégories de reconnaissance de handicap : ils affichent une probabilité de recours aux actes de biologie (53,2 %) même inférieure à celle des individus sans reconnaissance de handicap.

Quand on distingue les effets de l'âge des effets du sexe et du type de reconnaissance de handicap, on montre que la probabilité de recours à la biologie est plus élevée de 46 % pour les titulaires d'une pension d'invalidité par rapport aux individus sans reconnaissance de handicap, tandis que la probabilité de recours à la biologie des titulaires d'une rente d'incapacité et celle des bénéficiaires de l'AAH ne se différencient pas de celle de cette population

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Annexe 3. Résultats par postes de dépenses

Irdes septembre 2019

Tableau A3.43 Statistiques descriptives des taux de recours, des dépenses et des restes à charge de biologie selon la reconnaissance de handicap

		Effectifs bruts	Moyenne pondérée	Ecart-type	1 ^{er} quartile	Médiane	4 ^e quartile	Coefficient de variation
Sans reconnaissance	Taux de recours	14 497	57,8 %	49,4 %	0	1	1	85 %
	Dépenses	9 681	135	165	49	90	160	122 %
	Restes à charge	9 681	42	48	14	29	53	116 %
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	Taux de recours	1 144	53,2 %	49,9 %	0	1	1	94 %
	Dépenses	670	180	223	58	114	226	124 %
	Restes à charge	670	33	38	8	20	44	116 %
Pension d'invalidité	Taux de recours	2 080	72,3 %	44,7 %	0	1	1	62 %
	Dépenses	1 610	184	192	63	123	224	105 %
	Restes à charge	1 610	27	48	5	14	31	174 %
Rente d'incapacité	Taux de recours	329	64,0 %	48,1 %	0	1	1	75 %
	Dépenses	229	142	150	54	83	178	106 %
	Restes à charge	229	44	51	12	28	54	116 %
Ensemble des plus de 20 ans	Taux de recours	18 050	58,4 %	49,3 %	0	1	1	84 %
	Dépenses	12 190	138	168	50	91	166	121 %
	Restes à charge	12 190	41	48	13	28	52	118 %

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

de référence (tableau A3.44).

Les bénéficiaires de l'AAH et d'une pension d'invalidité se distinguent par des dépenses de biologie plus élevées (autour de 180 euros annuels en moyenne) que celles qui prévalent pour les individus titulaires d'une rente d'incapacité (142 euros) et pour les individus sans reconnaissance de handicap (135 euros) [tableau A3.43]. L'ordre de classement des restes à charge ne suit toutefois pas celui des dépenses. Ce sont les titulaires d'une rente d'incapacité qui endossent le reste à charge le plus élevé (44 euros en moyenne), à un niveau équivalent à celui des individus sans reconnaissance de handicap (42 euros), tandis que les bénéficiaires de l'AAH et de pensions d'invalidité supportent des restes à charge plus modestes (respectivement 33 euros et 27 euros). Le mécanisme d'écrêtement des restes à charge est sans doute différencié dans ces deux populations : l'exonération du ticket modérateur est acquise pour les titulaires de pensions d'invalidité tandis qu'elle dépend de l'admission en ALD pour les bénéficiaires de l'AAH et ne couvre que le périmètre de la dépense en rapport avec la pathologie exonérante.

L'analyse des dépenses et des restes à charge se poursuit en distinguant les effets de l'âge, du sexe et du type de reconnaissance de handicap. Toutes choses égales par ailleurs, les dépenses des bénéficiaires de l'AAH sont plus élevées de 38 % et celles des bénéficiaires de pensions d'invalidité de 33 % par rapport à celles des individus sans reconnaissance de handicap (tableau A3.44). Les restes à charge liés à la biologie de ces deux types de reconnaissance administrative sont en revanche réduits : de 21 % pour les bénéficiaires de l'AAH et de 34 % pour les titulaires d'une pension d'invalidité.

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Annexe 3. Résultats par postes de dépenses

Irdes septembre 2019

Tableau A3.44 Variation des recours, des dépenses et des restes à charge de biologie en fonction de la reconnaissance administrative

	Recours		Dépenses		Restes à charge	
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2
Reconnaissance administrative de handicap						
Sans reconnaissance	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	0,827*	1,04	1,335***	1,383***	0,786***	0,795***
Pension d'invalidité	1,906***	1,456***	1,362***	1,333***	0,653***	0,662***
Rente d'incapacité	1,294	1,229	1,053	1,056	1,044	1,085
Sexe						
Homme	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Femme		2,448***		1,078**		1,149***
Age		1,036***		1,004***		1,001
Effectifs	18 050	18 050	12 190	12 190	12 190	12 190

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

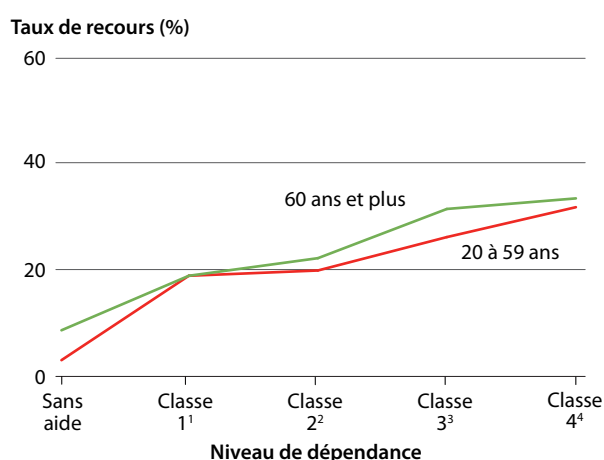
Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Transports

Recours à l'aide humaine

Le taux de recours aux transports est globalement plus élevé pour les individus âgés de 60 ans et plus que pour la population âgée de 20 à 59 ans (graphique A3.12). Par ailleurs, la probabilité de recourir aux transports croît en fonction du degré de recours à l'aide humaine, que les individus soient âgés de moins ou de plus de 60 ans.

Graphique A3-12 Taux de recours au transport par niveau de dépendance avant et après 60 ans



¹ Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'AIVQ. ² Classe 2 : Recours à de l'aide humaine principalement pour les AIVQ et quasiment pas pour les AVQ. ³ Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AIVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées. ⁴ Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AIVQ et d'AVQ.

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Après avoir distingué les effets de l'âge et du degré de recours à l'aide humaine, on montre que la probabilité de recours aux transports des individus âgés de 20 à 59 ans des classes 1 et 2 est huit fois plus importante que celle des individus du même âge sans recours à l'aide humaine, et est même 12 fois plus importante et 15 fois plus élevée dans les classes 3 et 4 de recours à l'aide humaine (tableau A3.46).

Les dépenses de transports des individus qui recourent à l'aide humaine sont beaucoup plus élevées que celles des individus qui n'y ont pas recours, que la population soit âgée de moins ou de plus de 60 ans (tableau A3.45). Les dépenses de transport sont relativement stationnaires dans les trois premières classes de recours à l'aide humaine puis augmentent brutalement dans la quatrième classe de recours (2 359 euros de dépenses en moyenne dans la classe 4 pour les individus âgés de 20 à 59 ans et 1 069 euros dans la classe 4 pour les individus âgés de 60 ans et plus). Pour une tranche d'âge donnée, le reste à charge maximal lié aux transports est le plus élevé dans la classe 1 de recours à l'aide humaine, avant et après 60 ans (respectivement 50 euros et 29 euros).

L'analyse se poursuit en distinguant les effets de l'âge des effets du degré de recours à l'aide humaine (tableau A3.46).

Les individus âgés de 20 à 59 ans qui figurent dans les trois premières classes de recours à l'aide humaine supportent en moyenne des dépenses de transport en moyenne

Tableau A3.45 Statistiques descriptives des dépenses et des restes à charge de transport selon le besoin d'aide humaine et l'âge

		Effectifs bruts	Moyenne pondérée	Ecart-type	1 ^{er} quartile	Médiane	4 ^e quartile	Coefficient de variation
De 20 à 59 ans								
Sans aide	Dépenses	708	535	1491	52	104	314	2,79
	Restes à charge	708	54	185	0	11	39	3,45
Classe 1 ¹	Dépenses	293	1 505	4 265	114	347	1 033	2,83
	Restes à charge	293	50	224	2	6	24	4,45
Classe 2 ²	Dépenses	86	1 505	2 367	105	482	2 202	1,57
	Restes à charge	86	34	75	0	10	26	2,19
Classe 3 ³	Dépenses	124	1 526	2 020	166	876	1 986	1,32
	Restes à charge	124	22	57	0	4	18	2,62
Classe 4 ⁴	Dépenses	54	2 359	3 819	223	1 181	2 773	1,62
	Restes à charge	54	27	117	0	4	10	4,37
60 ans et plus								
Sans aide	Dépenses	653	446	1 021	68	149	404	2,29
	Restes à charge	653	25	49	0	6	27	1,92
Classe 1 ¹	Dépenses	454	535	1 246	65	166	431	2,33
	Restes à charge	454	29	78	0	6	24	2,70
Classe 2 ²	Dépenses	208	568	1 919	82	163	462	3,38
	Restes à charge	208	20	82	0	6	20	4,04
Classe 3 ³	Dépenses	447	649	1 263	107	247	551	1,95
	Restes à charge	447	20	90	0	4	16	4,41
Classe 4 ⁴	Dépenses	205	1 069	2 951	173	352	743	2,76
	Restes à charge	205	17	33	0	2	18	1,99
Ensemble	Dépenses	3 232	636	1 779	67	161	475	2,80
	Restes à charge	3 232	35	129	0	6	27	3,64

¹ Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'AIVQ. ² Classe 2 : Recours à de l'aide humaine principalement pour les AIVQ et quasiment pas pour les AVQ. ³ Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AIVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées. ⁴ Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AIVQ et d'AVQ.

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus ayant eu des dépenses de transport.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

2,8 fois plus élevées que celles des individus de la même tranche d'âge qui n'y recourent pas (tableau A3.46). Les individus âgés de 20 à 59 ans de la classe 4 se distinguent par un niveau de dépenses de transport encore plus élevé, 4,4 fois plus importantes que celles des individus sans recours à l'aide humaine. Les individus âgés de 60 ans et plus, comme ceux de 20 à 59 ans, qui ne recourent pas à l'aide humaine supportent des dépenses de transport non significativement différentes.

Les restes à charge des individus âgés de 20 à 59 ans de la classe 3 endossent des restes à charge en moyenne réduits de 59 % par rapport à ceux des individus de la même tranche d'âge qui n'y recourent pas. C'est la seule classe de recours à l'aide humaine qui se distingue en termes de restes à charge, les autres catégories de recours à l'aide supportant des niveaux de restes à charge non significativement différents de ceux des individus de la même tranche d'âge qui ne recourent pas à l'aide humaine. Les individus âgés de 60 ans et plus qui ne recourent pas à l'aide humaine sont confrontés à un reste à charge lié aux transports en moyenne réduit d'environ 53 % par rapport à celui des individus âgés de 20 à 59 ans qui ne recourent pas à l'aide humaine. On peut supposer que cette diminution du reste à charge lié aux transports pour la population qui ne recourt pas à l'aide humaine s'explique par le fait qu'une proportion plus importante d'individus bénéficie d'une exonération du ticket modérateur après l'âge de 60 ans. Les individus âgés de 60 ans et plus qui

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Annexe 3. Résultats par postes de dépenses

Irdes septembre 2019

recourent à l'aide humaine expérimentent eux aussi une baisse de leurs restes à charge liés aux transports, de l'ordre de 53 % également, par rapport aux individus âgés de 20 à 59 ans qui recourent à l'aide humaine.

Tableau A3.46 Variation des recours, des dépenses et des restes à charge de transport en fonction du niveau de recours à l'aide humaine et de l'âge

	Recours		Dépenses		Restes à charge	
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2
Recours à l'aide humaine						
Sans aide	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Classe 1 ¹	3,649***	7,534***	1,914***	2,813***	1,021	0,937
Classe 2 ²	4,169***	7,992***	1,909***	2,813***	0,713	0,64
Classe 3 ³	6,322***	11,559***	2,023***	2,853***	0,649	0,408**
Classe 4 ⁴	7,481***	15,127***	3,300***	4,41***	0,576*	0,499
Age						
20-59 ans	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
60 ans et plus	2,355***	3,038***	0,562***	0,833	0,518***	0,475***
Interaction âge et aide humaine						
20-59 ans	Sans aide		Réf.	Réf.	Réf.	
	Classe 1 ¹		0,327***	0,426***	1,212	
	Classe 2 ²		0,383***	0,453**	1,239	
60 ans et plus	Classe 3 ³		0,422***	0,51***	1,964	
	Classe 4 ⁴		0,351***	0,544*	1,305	
Effectifs	18 050	18 050	3 232	3 232	3 232	3 232

¹ Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'AIVQ. ² Classe 2 : Recours à de l'aide humaine principalement pour les AIVQ et quasiment pas pour les AVQ. ³ Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AIVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées. ⁴ Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AIVQ et d'AVQ.

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Reconnaissance administrative de handicap

La probabilité de recours aux transports est beaucoup plus élevée dans la population qui dispose d'une reconnaissance de handicap, et au sein de cette population plus spécifiquement encore parmi les bénéficiaires de l'AAH (18,5 %) et d'une pension d'invalidité (18,4 %), que dans la population sans reconnaissance de handicap (5,2 %) [tableau A3.47]. En distinguant les effets de l'âge, du sexe et du type de reconnaissance de handicap, nous montrons que les bénéficiaires de l'AAH ont la probabilité la plus forte de recourir aux transports : ils recourent six fois plus que les individus sans reconnaissance de handicap tandis que les titulaires d'une pension d'invalidité recourent trois fois plus par rapport à la même population de référence (tableau A3.48).

Les dépenses les plus élevées de transport sont observées pour les bénéficiaires de l'AAH (1 369 euros) et pour les titulaires d'une pension d'invalidité (957 euros en moyenne) tandis que les titulaires d'une rente d'incapacité se distinguent par la modestie de leurs dépenses de transports (seulement 513 euros en moyenne, soit moins que la dépense supportée par les individus sans reconnaissance de handicap -526 euros-) [tableau A3.47]. Parmi les trois catégories de reconnaissance de handicap, les bénéficiaires de l'AAH endossent les restes à charge liés aux transports les plus élevés (29 euros en moyenne) comparativement aux bénéficiaires de rentes d'incapacité (24 euros) ou de pensions d'invalidité (17 euros).

En distinguant les effets de l'âge, du sexe et du type de reconnaissance administra-

Tableau A3.47 Statistiques descriptives des taux de recours, des dépenses et des restes à charge de transport selon la reconnaissance de handicap

		Effectifs bruts	Moyenne pondérée	Ecart-type	1 ^{er} quartile	Médiane	4 ^e quartile	Coefficient de variation
Sans reconnaissance	Taux de recours	14 497	5,2 %	22,2 %	0	0	0	427 %
	Dépenses	2 112	526	1 390	65	147	407	264 %
	Restes à charge	2 112	40	138	0	8	31	350 %
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	Taux de recours	1 144	18,5 %	38,8 %	0	0	0	210 %
	Dépenses	349	1 369	3 576	104	330	1 189	261 %
	Restes à charge	349	29	124	0	4	20	430 %
Pension d'invalidité	Taux de recours	2 080	18,4 %	38,8 %	0	0	0	211 %
	Dépenses	698	957	2 421	89	241	735	253 %
	Restes à charge	698	17	65	0	4	12	388 %
Rente d'incapacité	Taux de recours	329	9,2 %	28,9 %	0	0	0	315 %
	Dépenses	73	513	1 120	80	149	519	218 %
	Restes à charge	73	24	52	0	4	24	214 %
Ensemble des plus de 20 ans	Taux de recours	18 050	6,0 %	23,8 %	0	0	0	394 %
	Dépenses	3 232	636	1 779	66	161	475	280 %
	Restes à charge	3 232	35	129	0	6	27	364 %

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

tive de handicap, nous montrons que les bénéficiaires de l'AAH supportent une dépense de transports en moyenne 2,3 fois plus élevée que celle des individus sans reconnaissance de handicap (tableau A3.48) tandis que les titulaires d'une pension d'invalidité supportent une dépense supérieure d'environ 80 % par rapport à la même population de référence.

Les bénéficiaires de l'AAH endossent un reste à charge réduit d'environ 48 % par rapport aux individus sans reconnaissance de handicap, tandis que les titulaires d'une pension d'invalidité acquittent un reste à charge en moyenne réduit de 57 % par rapport à la même population de référence. L'exonération du ticket modérateur, étendue à l'ensemble de la dépense remboursable, conférée par la pension d'invalidité permet d'écarter le reste à charge tandis que les bénéficiaires de l'AAH ne peuvent compter que sur l'admission en ALD pour bénéficier d'une exonération du ticket modérateur en lien avec la pathologie exonérante.

Tableau A3.48 Variation des recours, des dépenses et des restes à charge de transport en fonction de la reconnaissance administrative

	Recours		Dépenses		Restes à charge	
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2
Reconnaissance administrative de handicap						
Sans reconnaissance	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	4,143***	6,141***	2,605***	2,347***	0,727	0,522*
Pension d'invalidité	4,120***	3,138***	1,820***	1,815***	0,424***	0,426***
Rente d'incapacité	1,843*	1,495	0,976	0,956	0,611	0,528
Sexe						
Homme	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Femme		0,96		1,001		0,723
Age		1,040***		0,994		0,980***
Effectifs	18 050	18 050	3 232	3 232	3 232	3 232

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

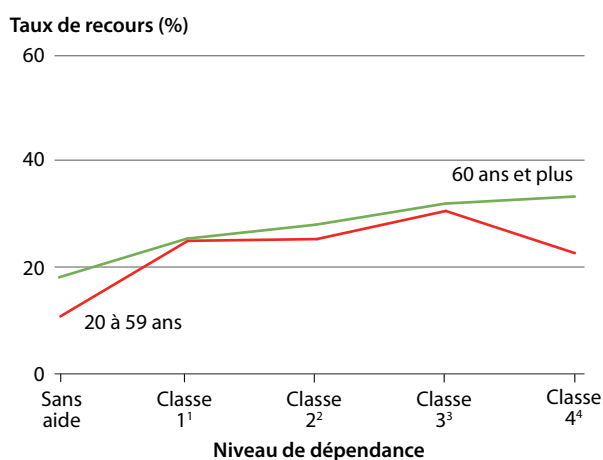
Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)

Recours à l'aide humaine

La probabilité de recours à l'hospitalisation en MCO est globalement plus élevée pour la population âgée de 60 ans et plus que pour la population âgée de 20 à 59 ans (graphique A3.13). La probabilité de recours à l'hospitalisation MCO est aussi plus élevée pour la population qui recourt à l'aide humaine que pour la population qui n'y recourt pas.

Graphique A3-13 Taux de recours à l'hospitalisation en Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) par niveau de dépendance avant et après 60 ans



¹ Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'AIVQ. ² Classe 2 : Recours à de l'aide humaine principalement pour les AIVQ et quasiment pas pour les AVQ. ³ Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AIVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées. ⁴ Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AIVQ et d'AVQ.

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Après avoir distingué les effets de l'âge et du degré de recours à l'aide humaine, il apparaît que la probabilité de recours aux hospitalisations MCO est significativement augmentée pour la population âgée de 20 à 59 ans qui recourt à l'aide humaine comparativement à la population de la même tranche d'âge qui ne recourt pas : multipliée par 2,8 pour les classes 1 et 2, par 3,7 dans la classe 3 et par 2,5 dans la classe 4 (tableau A3.50). Les individus âgés de 60 ans et plus qui ne recourent pas à l'aide humaine ont une probabilité de recourir aux soins hospitaliers MCO supérieure de 82 % par rapport aux individus âgés de 20 à 59 ans qui ne recourent pas à l'aide humaine.

Les individus qui recourent à l'aide humaine supportent des dépenses liées aux hospitalisations MCO en moyenne très supérieures à celles des individus qui n'y recourent pas. Ces dépenses sont par ailleurs nettement croissantes avec le degré de recours à l'aide humaine, et ce constat se vérifie à la fois pour les individus âgés de moins de 60 ans et pour ceux de plus de 60 ans (tableau A3.49). Les restes à charge liés aux hospitalisations MCO des individus qui recourent à l'aide humaine sont supérieurs par rapport à ceux des individus qui n'y recourent pas, mais il est difficile de distinguer un gradient de ces restes à charge en fonction du degré de recours à l'aide humaine. Sur la partie des soins hospitaliers chirurgicaux, une très importante fraction des hospitalisations est prise en charge intégralement par l'assurance maladie obligatoire, que les assurés soient en ALD ou non. En revanche, les séjours pour hospitalisations en médecine ne bénéficient pas de ce mécanisme de prise en charge automatique par l'assurance maladie obligatoire. Dans ce cas, pour la personne

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Annexe 3. Résultats par postes de dépenses

Irdes septembre 2019

Tableau A3.49 Statistiques descriptives des dépenses et des restes à charge associés aux hospitalisations en Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) selon le besoin d'aide humaine et l'âge

		Effectifs bruts	Moyenne pondérée	Ecart-type	1 ^{er} quartile	Médiane	4 ^e quartile	Coefficient de variation
De 20 à 59 ans								
Sans aide	Dépenses	1 257	3 019	5 508	773	1 495	3 604	1,82
	Restes à charge	1 257	201	374	21	80	207	1,86
Classe 1 ¹	Dépenses	274	4 857	7 152	968	2 462	4 762	1,47
	Restes à charge	274	210	459	32	96	264	2,19
Classe 2 ²	Dépenses	61	7 508	12 551	1524	4 076	7 053	1,67
	Restes à charge	61	369	571	64	128	464	1,55
Classe 3 ³	Dépenses	83	10 392	20 792	1 568	4 247	10 421	2,00
	Restes à charge	83	344	880	48	114	288	2,56
Classe 4 ⁴	Dépenses	26	12 970	21 778	2 831	3 892	11 579	1,68
	Restes à charge	26	313	458	48	112	240	1,46
60 ans et plus								
Sans aide	Dépenses	873	3911	7 136	864	1 814	3 729	1,82
	Restes à charge	873	249	524	30	96	248	2,10
Classe 1 ¹	Dépenses	389	5 471	6 988	1 358	2 540	7 188	1,28
	Restes à charge	389	374	667	34	146	363	1,78
Classe 2 ²	Dépenses	136	10 936	13 175	1 804	6 081	15 637	1,20
	Restes à charge	136	605	1126	34	208	492	1,86
Classe 3 ³	Dépenses	250	12 687	20 248	2 003	5 361	13 460	1,60
	Restes à charge	250	439	739	32	176	470	1,68
Classe 4 ⁴	Dépenses	104	17 753	23 385	3 643	8 093	23 403	1,32
	Restes à charge	104	766	1 328	112	224	675	1,73
Ensemble	Dépenses	3 453	4 248	8 368	849	1 872	4 212	1,97
	Restes à charge	3 453	252	520	30	96	248	2,07

¹ Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'AVQ. ² Classe 2 : Recours à de l'aide humaine principalement pour les AIVQ et quasiment pas pour les AVQ. ³ Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées. ⁴ Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AVQ et d'AVQ.

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus ayant des dépenses liées à des hospitalisations en Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO).

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

hospitalisée en médecine, le fait d'être ou non en ALD et de pouvoir associer le séjour à la pathologie exonérante n'est pas neutre sur le reste à charge finalement supporté par l'assuré.

Les dépenses d'hospitalisation des individus âgés de 20 à 59 ans qui recourent à l'aide humaine sont significativement plus élevées que celles des individus de la même tranche d'âge qui n'y recourent pas (tableau A3.50). Les individus âgés de 60 ans et plus qui ne recourent pas à l'aide humaine supportent des dépenses en moyenne 32 % plus élevées que celles des individus âgés de 20 à 59 ans qui n'y recourent pas. Les individus âgés de 60 ans et plus qui recourent à l'aide humaine supportent des dépenses augmentées en moyenne de 32 % par rapport à celles des individus du même âge qui sont dans les mêmes classes de recours à l'aide humaine.

Les individus âgés de 20 à 59 ans qui sont dans les classes 2 et 3 endossent des restes à charge augmentés de respectivement 84 % et de 71 % par rapport à ceux des individus âgés de 20 à 59 ans qui ne recourent pas à l'aide humaine. En revanche, les individus âgés de 20 à 59 ans qui sont dans les classes 1 et 4 de recours à l'aide humaine supportent des restes à charge qui ne sont pas significativement différents de ceux des individus âgés de 20 à 59 ans qui n'y recourent pas.

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Annexe 3. Résultats par postes de dépenses

Irdes septembre 2019

Tableau A3.50 Variation des recours, des dépenses et des restes à charge d'hospitalisation en Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) en fonction du niveau de recours à l'aide humaine et de l'âge

	Recours		Dépenses		Restes à charge	
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2
Recours à l'aide humaine						
Sans aide	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Classe 1 ¹	1,901***	2,819***	1,465***	1,609***	1,339*	1,042
Classe 2 ²	2,054***	2,883***	2,742***	2,487***	2,239**	1,836*
Classe 3 ³	2,472***	3,765***	3,299***	3,443***	1,708***	1,712*
Classe 4 ⁴	2,375***	2,486***	4,524***	4,297***	2,728***	1,556
Age						
20-59 ans	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
60 ans et plus	1,773***	1,924***	1,277***	1,296***	1,324**	1,239*
Interaction âge et aide humaine						
20-59 ans	Sans aide		<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	
	Classe 1 ¹		0,541***	0,869	1,439	
60 ans	Classe 2 ²		0,606*	1,124	1,323	
et plus	Classe 3 ³		0,56**	0,942	1,03	
	Classe 4 ⁴		0,899	1,056	1,975	
Effectifs	18 050	18 050	3 453	3 453	3 453	3 453

¹ Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'AIVQ. ² Classe 2 : Recours à de l'aide humaine principalement pour les AIVQ et quasiment pas pour les AVQ. ³ Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AIVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées. ⁴ Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AIVQ et d'AVQ.

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Reconnaissance administrative de handicap

La probabilité de recourir aux hospitalisations MCO est plus élevée pour les individus qui ont une reconnaissance de handicap que pour les individus sans cette reconnaissance. Parmi les individus avec une reconnaissance de handicap, ce sont les titulaires d'une pension d'invalidité qui affichent la probabilité de recourir aux hospitalisations MCO la plus élevée (25 %), suivis des bénéficiaires de l'AAH (20,6 %) et des titulaires d'une rente d'incapacité (17 %), tandis que les individus sans reconnaissance de handicap ont une probabilité de 13 % de recourir à ces soins (tableau A3.51). Quand on distingue les effets de l'âge, du sexe, et du type de reconnaissance de handicap, la probabilité de recours aux hospitalisations MCO apparaît environ deux fois plus élevée pour les individus bénéficiaires de l'AAH ou titulaires d'une pension d'invalidité (tableau A3.52) comparativement aux individus sans reconnaissance de handicap. En revanche, les titulaires d'une rente d'incapacité ne se différencient pas des individus sans reconnaissance de handicap en ce qui concerne leur probabilité de recours aux hospitalisations MCO.

Les individus titulaires d'une reconnaissance de handicap supportent des dépenses d'hospitalisation en MCO en moyenne plus élevées que celles des individus sans reconnaissance (tableau A3.51) : ce sont les titulaires de pensions d'invalidité qui affichent les dépenses d'hospitalisation en MCO les plus élevées (6 098 euros en moyenne) suivis des bénéficiaires de l'AAH (5 301 euros en moyenne). En revanche, les titulaires de rentes d'incapacité ont des dépenses d'hospitalisation en MCO moyennes moins élevées que celles des individus sans reconnaissance de handicap. Les restes à charge liés aux hospitalisations en MCO des individus qui ont une reconnaissance de handicap sont en moyenne un peu plus faibles que ceux qui sont endossés par les individus sans reconnaissance de handicap.

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Annexe 3. Résultats par postes de dépenses

Irdes septembre 2019

Tableau A3.51 Statistiques descriptives des taux de recours, des dépenses et des restes à charge d'hospitalisation en Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) selon la reconnaissance de handicap

		Effectifs bruts	Moyenne pondérée	Ecart-type	1 ^{er} quartile	Médiane	4 ^e quartile	Coefficient de variation
Sans reconnaissance	Taux de recours	14 497	13,1 %	33,7 %	0	0	0	258 %
	Dépenses	2 592	4 057	7 765	859	1 841	4 072	191 %
	Restes à charge	2 592	255	526	32	96	253	206 %
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	Taux de recours	1 144	20,6 %	40,4 %	0	0	0	197 %
	Dépenses	239	5 301	11 840	859	2 198	5 266	223 %
	Restes à charge	239	204	513	31	64	176	252 %
Pension d'invalidité	Taux de recours	2 080	25,2 %	43,4 %	0	0	1	172 %
	Dépenses	548	6 098	12 475	730	2 057	6 061	205 %
	Restes à charge	548	243	467	18	79	256	192 %
Rente d'incapacité	Taux de recours	329	17,1 %	37,7 %	0	0	0	221 %
	Dépenses	74	3 955	7 151	696	2 461	5 181	181 %
	Restes à charge	74	176	424	18	48	164	241 %
Ensemble des plus de 20 ans	Taux de recours	18 050	13,8 %	34,4 %	0	0	0	250 %
	Dépenses	3 453	4 247	8 368	848	1 872	4 212	197 %
	Restes à charge	3 453	252	520	30	96	248	207 %

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

L'analyse des dépenses et des restes à charge se poursuit en neutralisant les effets de l'âge, du sexe et du type de reconnaissance de handicap. Comparativement aux dépenses d'hospitalisation en MCO supportées par les individus sans reconnaissance de handicap, celles des bénéficiaires de l'AAH et des titulaires de pensions d'invalidité sont en moyenne supérieures, de respectivement 49,5 % et de 43 % tandis que celles des titulaires d'une rente d'incapacité ne s'en différencient pas significativement (tableau A3.52). En revanche, l'analyse « toutes choses égales par ailleurs » ne démontre pas de différences significatives entre les niveaux de restes à charge des bénéficiaires de reconnaissance de handicap et ceux des individus sans reconnaissance de handicap.

Tableau A3.52 Variation de recours, de dépenses et de restes à charge d'hospitalisation en Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) en fonction de la reconnaissance administrative

	Recours		Dépenses		Restes à charge	
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2
Reconnaissance administrative de handicap						
Sans reconnaissance	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	1,725***	2,020***	1,307	1,495*	0,799	0,921
Pension d'invalidité	2,247***	1,940***	1,503***	1,431***	0,953	0,915
Rente d'incapacité	1,370	1,319	0,975	0,94	0,69	0,689
Sexe						
Homme	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Femme		1,352***		1,085		1,185
Age		1,019***		1,013***		1,014***
Effectifs	18 050	18 050	3 453	3 453	3 453	3 453

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

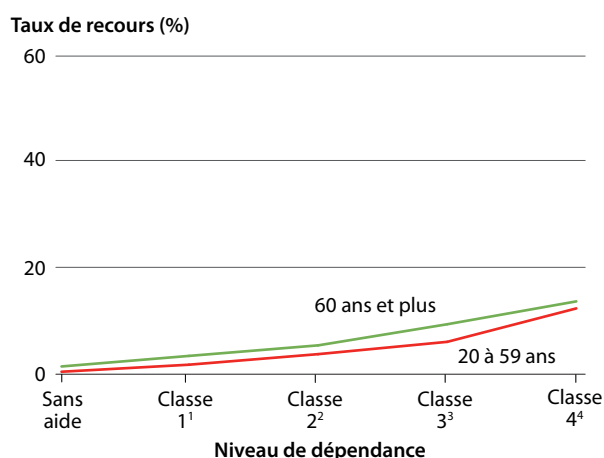
Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Hospitalisation en Soins de suite et de réadaptation (SSR)

Recours à l'aide humaine

La probabilité de recourir aux Soins de suite et de réadaptation (SSR) est relativement faible : elle est un peu plus élevée pour les individus qui recourent à l'aide humaine, croît en fonction du degré de recours à cette aide et culmine à plus de 10 % pour les individus de la classe 4, qu'ils soient âgés de moins ou de plus de 60 ans (graphique A3.14).

Graphique A3-14 Taux de recours à l'hospitalisation en Soins de suite et de réadaptation (SSR) par niveau de dépendance avant et après 60 ans



¹ Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'AIVQ. ² Classe 2 : Recours à de l'aide humaine principalement pour les AIVQ et quasiment pas pour les AVQ. ³ Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AIVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées. ⁴ Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AIVQ et d'AVQ.

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Après avoir opéré une distinction entre les effets de l'âge et du degré de recours à l'aide humaine, on met en évidence une probabilité croissante de recourir aux soins d'hospitalisation en SSR en fonction du degré de recours à l'aide humaine : la probabilité de recourir à ces soins est 5 fois plus élevée pour les individus de la classe 1 comparativement à ceux qui n'y recourent pas, 13 fois plus élevée dans la classe 2, 21 fois plus élevée dans la classe 3 et 46 fois plus élevée dans la classe 4 (tableau A3.54).

Les dépenses liées aux hospitalisations en SSR sont en moyenne plus élevées pour les individus qui recourent à l'aide humaine que pour les individus qui n'y recourent pas (tableau A3.53). Qu'elles soient liées à des individus âgés de moins ou de plus de 60 ans, les dépenses d'hospitalisation en SSR sont particulièrement élevées dans la classe 4 (28 535 euros en moyenne pour les individus âgés de 20 à 59 ans et 14 787 euros pour les individus âgés de 60 ans et plus). Les restes à charge liés aux hospitalisations en SSR peuvent être particulièrement élevés : jusqu'à 785 euros par an en moyenne pour les individus âgés de 20 à 59 ans de la classe 4 et même 1 198 euros en moyenne pour les individus âgés de 60 ans et plus de la classe 4.

Après avoir tenu compte de l'effet de l'âge et du degré de recours à l'aide humaine, nous montrons que les individus âgés de 20 à 59 ans qui recourent à l'aide humaine supportent en moyenne des dépenses liées aux hospitalisations en SSR plus élevées que celles des individus de la même tranche d'âge qui n'y recourent pas : en moyenne 53 % plus éle-

Tableau A3.53 Statistiques descriptives des dépenses et des restes à charge associés aux hospitalisations en Soins de suite et de réadaptation (SSR) selon le besoin d'aide humaine et l'âge

		Effectifs bruts	Moyenne pondérée	Ecart-type	1 ^{er} quartile	Médiane	4 ^e quartile	Coefficient de variation
De 20 à 59 ans								
Sans aide	Dépenses	67	4 888	4 017	2 472	3 302	7 502	0,82
	Restes à charge	67	453	534	16	296	761	1,18
Classe 1 ¹	Dépenses	33	8 790	9 865	3 584	5 496	11 558	1,12
	Restes à charge	33	502	484	16	480	800	0,97
Classe 2 ²	Dépenses	12	2 599	3 062	618	1 926	2 985	1,18
	Restes à charge	12	70	109	16	32	64	1,57
Classe 3 ³	Dépenses	21	7 504	6 615	2 165	5 164	11 564	0,88
	Restes à charge	21	492	518	256	392	544	1,05
Classe 4 ⁴	Dépenses	16	28 535	35 491	7 128	10 537	59 860	1,24
	Restes à charge	16	785	1 266	16	352	1 024	1,61
60 ans et plus								
Sans aide	Dépenses	67	4 631	5 548	1 920	3 657	5 338	1,20
	Restes à charge	67	396	929	16	22	384	2,35
Classe 1 ¹	Dépenses	42	6 121	4 958	3 320	6 135	7 771	0,81
	Restes à charge	42	437	573	16	336	624	1,31
Classe 2 ²	Dépenses	25	6 100	5 122	2 668	4 421	7 937	0,84
	Restes à charge	25	385	321	144	288	736	0,83
Classe 3 ³	Dépenses	60	6 345	8 461	2 942	4 378	5 542	1,33
	Restes à charge	60	284	546	16	39	336	1,93
Classe 4 ⁴	Dépenses	36	14 787	9 956	5 357	15 218	18 501	0,67
	Restes à charge	36	1 198	1 581	16	496	1 488	1,32
Ensemble	Dépenses	379	6 499	8 866	2 677	4 378	7 723	1,36
	Restes à charge	379	454	793	16	144	624	1,75

¹ Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'AVQ. ² Classe 2 : Recours à de l'aide humaine principalement pour les AIVQ et quasiment pas pour les AVQ. ³ Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées. ⁴ Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AVQ et d'AVQ.

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus ayant eu des dépenses liées à des hospitalisations en Soins de suite et de réadaptation (SSR).

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

vées dans la classe 3, 80 % dans la classe 1 et même 2,6 fois plus élevées dans la classe 4 (tableau A3.54). Les individus âgés de 60 ans et plus qui ne recourent pas à l'aide humaine supportent des dépenses liées aux hospitalisations en SSR qui ne se différencient pas significativement de celles des individus âgés de 20 à 59 ans qui ne recourent pas à l'aide humaine.

Globalement, les restes à charge des individus âgés de 20 à 59 ans qui recourent à l'aide humaine ne se différencient pas significativement de ceux des individus de la même tranche d'âge qui n'y recourent pas. De la même façon, les individus âgés de 60 ans et plus qui ne recourent pas à l'aide humaine endossent des restes à charge non significativement différents de ceux des individus âgés de 20 à 59 ans qui ne recourent pas à l'aide humaine. Le même constat peut être établi pour les individus âgés de 60 ans et plus qui recourent à l'aide humaine : ils endossent des restes à charge qui ne sont pas significativement différents de ceux des individus plus jeunes qui sont dans les mêmes classes de recours à l'aide humaine.

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Annexe 3. Résultats par postes de dépenses

Irdes septembre 2019

Tableau A3.54 Variation des recours, des dépenses et des restes à charge d'hospitalisation en SSR en fonction du niveau de recours à l'aide humaine et de l'âge

	Recours		Dépenses		Restes à charge	
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2
Recours à l'aide humaine						
Sans aide	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Classe 1 ¹	3,442***	5,329***	1,486*	1,798**	1,076	1,108
Classe 2 ²	6,131***	12,714***	1,179	0,532	0,751	0,154***
Classe 3 ³	10,70***	20,683***	1,471*	1,535*	0,76	1,086
Classe 4 ⁴	18,44***	46,298***	4,051***	5,837***	2,598**	1,733
Age						
20-59 ans	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
60 ans et plus	2,933***	3,92***	0,8	0,947	0,97	0,874
Interaction âge et aide humaine						
20-59 ans	Sans aide		Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
	Classe 1 ¹		0,526	0,735	0,995	
60 ans et plus	Classe 2 ²		0,37*	2,478*	6,307***	
	Classe 3 ³		0,415**	0,892	0,66	
	Classe 4 ⁴		0,284**	0,547	1,748	
Effectifs	18 050	18 050	379	379	379	379

¹ Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'AIVQ. ² Classe 2 : Recours à de l'aide humaine principalement pour les AIVQ et quasiment pas pour les AVQ. ³ Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AIVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées. ⁴ Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AIVQ et d'AVQ.

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Reconnaissance administrative de handicap

La probabilité de recourir aux soins d'hospitalisation en SSR est significativement plus élevée pour les bénéficiaires de l'AAH (2,5 %) et pour les titulaires d'une pension d'invalidité (2,6 %) comparativement à la probabilité de recours des titulaires d'une rente d'incapacité ou celle des individus sans recours à l'aide humaine (0,8 % dans les deux cas) [tableau A3.55]. Quand on neutralise les effets de l'âge, du sexe et du type de reconnaissance administrative de handicap, on montre que la probabilité de recours aux hospitalisations en SSR est en moyenne cinq fois plus élevée pour les bénéficiaires de l'AAH comparativement à celle des individus sans reconnaissance de handicap, tandis que la probabilité de recours des titulaires d'une pension d'invalidité est deux fois plus élevée que celle de la même population de référence (tableau A3.56). En revanche, les bénéficiaires d'une rente d'incapacité ont la même probabilité de recourir aux hospitalisations en SSR que les individus sans reconnaissance de handicap.

Les titulaires d'une pension d'invalidité ou de l'AAH supportent des dépenses d'hospitalisation en SSR sans commune mesure avec celles des individus sans reconnaissance de handicap : respectivement 10 738 euros et 9 900 euros *versus* 5 704 euros (tableau A3.55). En revanche, les titulaires d'une rente d'incapacité supportent des dépenses d'hospitalisation en SSR au moins deux fois plus faibles que celles des individus sans reconnaissance de handicap. Les bénéficiaires de pensions d'invalidité endossent des restes à charge moyens plus faibles que ceux des bénéficiaires de l'AAH : le mécanisme d'exonération du ticket modérateur sur la dépense remboursable leur permet d'écarter leurs restes à charge liés aux hospitalisations en SSR tandis que les bénéficiaires de l'AAH ne peuvent compter que sur leur admission en ALD pour bénéficier de la prise en charge du ticket modérateur sur un périmètre par ailleurs plus circonscrit, celui de la dépense en lien avec la pathologie exonérante.

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Annexe 3. Résultats par postes de dépenses

Irdes septembre 2019

Tableau A3.55 Statistiques descriptives des taux de recours, des dépenses et des restes à charge d'hospitalisation en SSR selon la reconnaissance de handicap

		Effectifs bruts	Moyenne pondérée	Ecart-type	1 ^{er} quartile	Médiane	4 ^e quartile	Coefficient de variation
Sans reconnaissance	Taux de recours	14 497	0,8 %	8,9 %	0	0	0	1 116 %
	Dépenses	246	5 704	6 008	2 637	3 883	6 685	105 %
	Restes à charge	246	449	800	16	128	624	178 %
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	Taux de recours	1 144	2,5 %	15,6 %	0	0	0	625 %
	Dépenses	40	9 900	13 764	2 366	5 496	11 563	139 %
	Restes à charge	40	535	646	32	384	800	121 %
Pension d'invalidité	Taux de recours	2 080	2,6 %	15,9 %	0	0	0	611 %
	Dépenses	87	10 738	17 352	3 545	5 356	11 544	162 %
	Restes à charge	87	460	835	16	224	736	182 %
Rente d'incapacité	Taux de recours	329	0,8 %	8,9 %	0	0	0	1 116 %
	Dépenses	6	2 521	2 804	128	577	4 592	111 %
	Restes à charge	6	358	526	32	112	192	147 %
Ensemble des plus de 20 ans	Taux de recours	18 050	0,9 %	9,5 %	0	0	0	1 047 %
	Dépenses	379	6 498	8 866	2 676	4 377	7 722	136 %
	Restes à charge	379	454	793	16	144	624	175 %

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Après avoir distingué les effets de l'âge, du sexe et du type de reconnaissance de handicap, il apparaît que les dépenses moyennes d'hospitalisation en SSR sont augmentées de 91 % pour les bénéficiaires de l'AAH et de 88 % pour les titulaires d'une pension d'invalidité par rapport à la population sans reconnaissance de handicap (tableau A3.56). En revanche, « toutes choses égales par ailleurs », les restes à charge moyens liés aux hospitalisations en SSR des individus avec une reconnaissance de handicap ne se différencient pas des restes à charge des individus sans.

Tableau A3.56 Variation des recours, des dépenses et des restes à charge d'hospitalisation en SSR en fonction de la reconnaissance de handicap

	Recours		Dépenses		Restes à charge	
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2
Reconnaissance administrative de handicap						
Sans reconnaissance	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	3,190***	5,359***	1,736	1,911*	1,19	1,154
Pension d'invalidité	3,334***	2,380***	1,883**	1,879**	1,023	1,041
Rente d'incapacité	1,003	0,776	0,442	0,441	0,796	0,857
Sexe						
Homme	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Femme		0,863		0,907		1,266
Age		1,053***		1,005		0,997
Effectifs	18 050	18 050	379	379	379	379

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

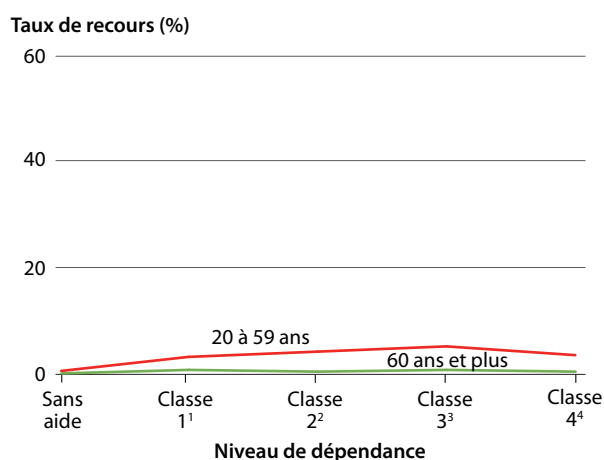
Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Hospitalisation psychiatrique

Recours à l'aide humaine

La probabilité de recours aux hospitalisations en psychiatrie est faible mais demeure plus élevée dans la tranche d'âge des 20 à 59 ans qu'elle ne l'est pour les 60 ans et plus, et ce que les personnes recourent ou non à l'aide humaine, et quel que soit le degré de recours à l'aide (graphique A3.15).

Graphique A3-15 Taux de recours à l'hospitalisation en psychiatrie par niveau de dépendance avant et après 60 ans



¹ Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'AIVQ. ² Classe 2 : Recours à l'aide humaine principalement pour les AIVQ et quasiment pas pour les AVQ. ³ Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AIVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées. ⁴ Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AIVQ et d'AVQ.

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Après avoir neutralisé les effets de l'âge, du sexe et du degré de recours à l'aide humaine, on montre que la probabilité de recours aux hospitalisations en psychiatrie est 8 fois plus élevée dans la classe 4, 10 fois plus élevée dans les classes 1 et 2 et même 14 fois plus élevée dans la classe 3 par rapport à la probabilité de recours des individus qui ne recourent pas à l'aide humaine (tableau A3.58).

Les dépenses d'hospitalisation en psychiatrie croissent de façon très significative en fonction du degré de recours à l'aide humaine (de 8 631 euros dans la classe 1 à 34 621 euros dans la classe 4) [tableau A3.57]. Le reste à charge lié aux hospitalisations psychiatriques des individus qui ont recours à l'aide humaine est en moyenne plus faible que celui des individus sans recours à l'aide.

Après avoir distingué les effets de l'âge et du degré de recours à l'aide humaine, il apparaît que les dépenses d'hospitalisation en psychiatrie des individus qui recourent à l'aide humaine ne se différencient pas de celles des individus qui n'y recourent pas (tableau A3.58). Le même constat peut être établi sur les restes à charge des individus qui recourent à l'aide humaine : ils ne sont pas significativement différents de ceux qui ne recourent pas.

Tableau A3.57 Statistiques descriptives des dépenses et des restes à charge associés aux hospitalisations en psychiatrie selon le besoin d'aide humaine et l'âge

		Effectifs bruts	Moyenne pondérée	Ecart-type	1 ^{er} quartile	Médiane	4 ^e quartile	Coefficient de variation
20 ans et plus								
Sans aide	Dépenses	76	9 064	12 303	1 486	4 319	11 144	1,36
	Restes à charge	76	826	1 140	108	385	900	1,38
Classe 1 ¹	Dépenses	44	8 631	14 768	1 915	4 030	10 626	1,71
	Restes à charge	44	571	1 190	24	168	600	2,09
Classe 2 ²	Dépenses	18	10 151	11 844	1 943	4 612	19 450	1,17
	Restes à charge	18	658	1 546	12	120	358	2,35
Classe 3 ³	Dépenses	17	16 093	22 592	3 625	11 491	15 704	1,40
	Restes à charge	17	675	867	144	216	981	1,28
Classe 4 ⁴	Dépenses	3	34 621	42 981	576	2 251	71 209	1,24
	Restes à charge	3	498	585	48	48	996	1,18
Ensemble	Dépenses	158	9 914	14 709	1 915	4 469	11 491	1,48
	Restes à charge	158	748	1 147	79	300	783	1,53

¹ Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'AIVQ. ² Classe 2 : Recours à de l'aide humaine principalement pour les AIVQ et quasiment pas pour les AVQ. ³ Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AIVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées. ⁴ Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AIVQ et d'AVQ.

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus ayant eu des dépenses liées à des hospitalisations en psychiatrie.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Tableau A3.58 Variation des recours, des dépenses et des restes à charge d'hospitalisation en psychiatrie en fonction du niveau de recours à l'aide humaine et de l'âge

	Recours	Dépenses	Restes à charge
Recours à l'aide humaine			
Sans aide	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Classe 1 ¹	9,970***	1,131	0,842
Classe 2 ²	9,918***	1,193	0,856
Classe 3 ³	14,48***	2,122	1,003
Classe 4 ⁴	8,161**	4,073*	0,648
Age			
20-59 ans	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
60 ans et plus	0,123***	0,356**	0,273*
Effectifs	18 050	158	158

¹ Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'AIVQ. ² Classe 2 : Recours à de l'aide humaine principalement pour les AIVQ et quasiment pas pour les AVQ. ³ Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AIVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées. ⁴ Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AIVQ et d'AVQ.

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Reconnaissance administrative de handicap

La probabilité de recourir aux hospitalisations en psychiatrie est plus élevée pour les bénéficiaires de l'AAH et pour les titulaires d'une pension d'invalidité (respectivement 5 % et 1,6 %) que pour les individus qui n'ont pas de reconnaissance administrative de handicap (0,2%) [tableau A3.59]. Une fois distingués les effets de l'âge, du sexe et du type de reconnaissance de handicap, il apparaît que la probabilité de recourir aux hospitalisations psychiatriques est en moyenne 20 fois plus élevée pour les bénéficiaires de l'AAH que pour les individus sans reconnaissance de handicap tandis qu'elle est 9 fois plus élevée pour les bénéficiaires d'une pension d'invalidité par rapport à la même population de référence (tableau A3.60).

Les dépenses moyennes d'hospitalisation en psychiatrie sont significativement plus élevées pour les individus qui ont une reconnaissance administrative de handicap

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Annexe 3. Résultats par postes de dépenses

Irdes septembre 2019

(18 863 euros en moyenne pour les bénéficiaires de l'AAH, 9 200 euros en moyenne pour les titulaires d'une pension d'invalidité) que pour ceux qui sans reconnaissance de handicap (6 155 euros en moyenne) [tableau A3.59]. Les restes à charge liés aux hospitalisations psychiatriques sont significativement plus faibles pour les bénéficiaires de pensions d'invalidité (398 euros en moyenne) comparativement aux restes à charge des individus sans reconnaissance de handicap (770 euros en moyenne) tandis qu'ils sont en moyenne plus élevés pour les bénéficiaires de l'AAH (861 euros en moyenne).

Après avoir distingué les effets du sexe, de l'âge et du type de reconnaissance administrative de handicap, il apparaît que les dépenses des bénéficiaires de l'AAH sont en moyenne trois fois plus élevées que celles des individus sans reconnaissance de handicap (tableau A3.60) tandis que celles des bénéficiaires de pensions d'invalidité sont en moyenne deux fois plus élevées, par rapport à la même population de référence. En revanche, à structure d'âge et de sexe comparable, le reste à charge moyen des individus qui ont une reconnaissance de handicap ne se différencie pas significativement de celui des individus qui n'en ont pas.

Tableau A3.59 Statistiques descriptives des taux de recours, des dépenses et des restes à charge d'hospitalisation en psychiatrie selon la reconnaissance de handicap

		Effectifs bruts	Moyenne pondérée	Ecart-type	1 ^{er} quartile	Médiane	4 ^e quartile	Coefficient de variation
Sans reconnaissance	Taux de recours	14 497	0,2 %	4,9 %	0	0	0	2 048 %
	Dépenses	67	6 155	6 950	1 112	2 843	9 524	113 %
	Restes à charge	67	770	1 241	84	300	764	161 %
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	Taux de recours	1 144	5,0 %	21,9 %	0	0	0	434 %
	Dépenses	54	18 863	21 803	3 747	9 756	29 322	116 %
	Restes à charge	54	861	1 038	120	564	996	121 %
Pension d'invalidité	Taux de recours	2 080	1,6 %	12,4 %	0	0	0	794 %
	Dépenses	35	9 200	15 912	2 703	6 272	9 115	173 %
	Restes à charge	35	398	566	12	108	708	142 %
Rente d'incapacité	Taux de recours	329	0,1 %	3,8 %	0	0	0	2 629 %
	Dépenses	2	18 191	9 113	8 392	22 429	22 429	50 %
	Restes à charge	2	4 867	2 989	1 653	6 256	6 256	61 %
Ensemble des plus de 20 ans	Taux de recours	18 050	0,4 %	6,2 %	0	0	0	1 611 %
	Dépenses	158	9 914	14 709	1 915	4 468	11 491	148 %
	Restes à charge	158	748	1 147	79	300	783	153 %

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Tableau A3.60 Variation de recours, de dépenses et de restes à charge d'hospitalisation en psychiatrie en fonction de la reconnaissance administrative

	Recours		Dépenses		Restes à charge	
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2
Reconnaissance administrative de handicap						
Sans reconnaissance	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	22,24***	20,22***	3,065***	3,017***	1,119	1,114
Pension d'invalidité	6,648***	8,964***	1,495	1,890*	0,518	0,743
Rente d'incapacité	0,609	0,8	2,955***	2,865***	6,322***	5,830***
Sexe						
Homme	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Femme		1,248		1,231		2,077
Age		0,977**		0,983		0,977
Effectifs	18 050	18 050	158	158	158	158

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

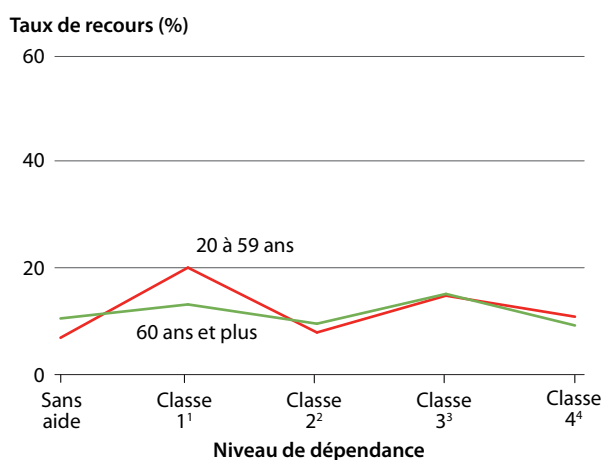
Traitements et cures ambulatoires

Recours à l'aide humaine

On réserve généralement le terme de traitements et cures ambulatoires à des traitements itératifs généralement organisés en séquences d'une demi-journée environ et nécessitant des équipements spécifiques. On mesure en séances, les activités de radiothérapie, de dialyse et de rééducation ; par contre, la mesure des capacités de prise en charge pour ces traitements varie selon l'activité.

La probabilité de recours aux traitements et cures ambulatoires (graphique A3.16) est en moyenne plus élevée pour les individus qui recourent à l'aide humaine que pour ceux qui n'y recourent pas, quelle que soit la tranche d'âge considérée. Après avoir distingué les effets de l'âge et du degré de recours à l'aide humaine, on montre que la probabilité de recours aux traitements et cures ambulatoires est trois fois plus élevée dans la classe 1 que dans la population qui ne recourt pas à l'aide humaine et 2,4 fois plus élevée dans la classe 3 que par rapport à cette même population de référence (tableau A3.62). Les individus âgés de 60 ans et plus qui ne recourent pas à l'aide humaine ont une probabilité de recourir aux traitements et cures ambulatoires augmentée de 65 % par rapport à celle des individus âgés de 20 à 59 ans qui ne recourent pas à l'aide humaine.

Graphique A3-16 Taux de recours à des traitements et à des cures ambulatoires par niveau de dépendance avant et après 60 ans



¹ Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'AIVQ. ² Classe 2 : Recours à de l'aide humaine principalement pour les AIVQ et quasiment pas pour les AVQ. ³ Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AIVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées. ⁴ Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AIVQ et d'AVQ.

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Les dépenses liées aux traitements et cures ambulatoires sont plus élevées en moyenne pour les individus qui recourent à l'aide humaine que pour ceux qui n'y recourent pas (tableau A3.61). Les dépenses liées aux traitements et cures ambulatoires des individus âgés de 60 ans et plus augmentent avec le degré de recours à l'aide humaine, constat qui ne se vérifie toutefois pas pour les individus âgés de 20 à 59 ans. Les restes à charge moyens liés aux traitements et cures ambulatoires représentent des montants assez modestes, à l'exception des individus âgés de moins de 60 ans qui sont dans les deux premières classes de recours à l'aide humaine (respectivement 34 euros et 50 euros en moyenne).

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Annexe 3. Résultats par postes de dépenses

Irdes septembre 2019

Tableau A3.61 Statistiques descriptives des dépenses et des restes à charge associés à des traitements et cures ambulatoires selon le besoin d'aide humaine et l'âge

		Effectifs bruts	Moyenne pondérée	Ecart-type	1 ^{er} quartile	Médiane	4 ^e quartile	Coefficient de variation
De 20 à 59 ans								
Sans aide	Dépenses	883	482	3 834	84	101	214	7,95
	Restes à charge	883	4	62	0	0	0	16,73
Classe 1 ¹	Dépenses	209	1 711	9 422	98	191	275	5,51
	Restes à charge	209	34	291	0	0	0	8,53
Classe 2 ²	Dépenses	29	5 901	29 758	101	162	214	5,04
	Restes à charge	29	50	328	0	0	0	6,62
Classe 3 ³	Dépenses	45	1 777	4 981	191	223	516	2,80
	Restes à charge	45	7	24	0	0	0	3,29
Classe 4 ⁴	Dépenses	11	244	287	101	191	214	1,18
	Restes à charge	11	7	31	0	0	0	4,36
60 ans et plus								
Classe 1 ¹	Dépenses	511	684	3 602	101	160	223	5,27
	Restes à charge	511	6	43	0	0	0	7,11
Classe 2 ²	Dépenses	215	788	5 839	81	123	235	7,41
	Restes à charge	215	11	125	0	0	0	10,97
Classe 3 ³	Dépenses	62	1 070	7 267	67	113	201	6,79
	Restes à charge	62	4	20	0	0	0	4,61
Classe 4 ⁴	Dépenses	117	1 587	6 982	101	113	201	4,40
	Restes à charge	117	5	28	0	0	0	5,75
Classe 4	Dépenses	29	1 463	8 461	101	201	214	5,78
	Restes à charge	29	5	56	0	0	0	10,74
Ensemble	Dépenses	2 111	683	4 896	84	119	214	7,17
	Restes à charge	2 111	6	90	0	0	0	13,82

¹ Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'AVQ. ² Classe 2 : Recours à de l'aide humaine principalement pour les AIVQ et quasiment pas pour les AVQ. ³ Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées. ⁴ Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AVQ et d'AVQ.

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus ayant eu des dépenses associées à des traitements et cures ambulatoires.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Une fois neutralisés les effets de l'âge et du degré de recours à l'aide humaine, il apparaît que les dépenses des individus âgés de moins de 60 ans des classes de recours à l'aide humaine 1, 2, 3 supportent des dépenses en moyenne plus élevées (respectivement 3,5 fois plus élevées, 12 fois plus élevées et 3,7 fois plus élevées) comparativement aux dépenses des individus sans recours à l'aide humaine (tableau A3.62). Les individus âgés de 60 ans et plus qui ne recourent pas à l'aide humaine supportent des dépenses qui ne sont pas significativement différentes de celles des individus âgés de 20 à 59 ans qui n'y recourent pas.

Les individus des classes 1 et 2 endossent des restes à charge en moyenne plus élevés que ceux des individus qui ne recourent pas à l'aide humaine, respectivement 9 fois plus élevés et 13 fois plus élevés. Les individus âgés de 60 ans et plus sans recours à l'aide humaine endossent des restes à charge qui ne se différencient pas significativement de ceux supportés par les individus âgés de 20 à 59 ans qui ne recourent pas à l'aide humaine.

Tableau A3.62 Variation des recours, des dépenses et des restes à charge de traitements et cures ambulatoires en fonction du niveau de recours à l'aide humaine et de l'âge

	Recours		Dépenses		Restes à charge	
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2
Recours à l'aide humaine						
Sans aide	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Classe 1 ¹	1,891***	3,425***	2,178*	3,547***	5,033*	9,205***
Classe 2 ²	0,992	1,191	4,220*	12,233***	3,906	13,362**
Classe 3 ³	1,727***	2,359***	2,966*	3,684*	1,347	1,95
Classe 4 ⁴	1,076	1,668	1,958	0,505*	1,398	1,885
Age						
20-59 ans	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
60 ans et plus	1,461***	1,648***	0,998	1,418	0,804	1,615
Interaction âge et aide humaine						
20-59 ans	Sans aide		Réf.	Réf.	Réf.	
	Classe 1 ¹		0,374***	0,325*	0,206	
60 ans et plus	Classe 2 ²		0,731	0,128**	0,053**	
	Classe 3 ³		0,628	0,63	0,424	
	Classe 4 ⁴		0,512	4,231	0,464	
Effectifs	18 050	18 050	2 111	2 111	2 111	2 111

¹ Classe 1 : Recours très modéré à l'aide humaine principalement centré sur un petit nombre d'AVQ. ² Classe 2 : Recours à de l'aide humaine principalement pour les AVQ et quasiment pas pour les AVQ. ³ Classe 3 : Recours élevé à l'aide humaine pour réaliser un grand nombre d'AVQ et par ailleurs un recours élevé pour certaines AVQ ciblées. ⁴ Classe 4 : Recours à l'aide humaine pour un grand nombre d'AVQ et d'AVQ.

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Reconnaissance administrative de handicap

La probabilité de recours aux traitements et cures ambulatoires la plus élevée concerne les titulaires d'une pension d'invalidité (17 %), tandis qu'elle s'établit à 10,9 % pour les titulaires d'une rente d'incapacité et à 9,7 % pour les bénéficiaires de l'AAH, contre seulement 8 % pour les individus sans reconnaissance de handicap (tableau A3.63). En neutralisant les effets de l'âge, du sexe et du type de reconnaissance administrative de handicap, la probabilité de recours aux traitements et cures ambulatoires est deux fois plus élevée pour les titulaires d'une pension d'invalidité et 39 % plus élevée pour les bénéficiaires de l'AAH comparativement à celle des individus sans reconnaissance de handicap (tableau A3.64).

Les dépenses liées aux traitements et cures ambulatoires des bénéficiaires de l'AAH et celles des titulaires d'une pension d'invalidité sont significativement plus élevées que celles des individus sans reconnaissance de handicap (respectivement 3 200 euros en moyenne et 1 531 euros *versus* 546 euros pour les individus sans reconnaissance de handicap) tandis que les dépenses des titulaires d'une rente d'incapacité se situent encore à un niveau inférieur (207 euros en moyenne) [tableau A3.63]. Les restes à charge moyens sont plus élevés pour les bénéficiaires de l'AAH (65 euros en moyenne) et pour les individus qui ont une pension d'invalidité (15 euros en moyenne) comparativement à ceux des individus sans reconnaissance de handicap (4 euros en moyenne).

Après avoir pris en considération les effets de l'âge, du sexe et du type de reconnaissance de handicap, les dépenses liées aux traitements et cures ambulatoires sont sept fois plus élevées que celles des individus sans reconnaissance tandis que les dépenses des titulaires d'une pension d'invalidité sont 2,5 fois plus élevées par rapport à la même référence (tableau A6.34). Les restes à charge des bénéficiaires de l'AAH sont 17 fois plus élevés que ceux des individus sans reconnaissance de handicap.

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Annexe 3. Résultats par postes de dépenses

Irdes septembre 2019

Tableau A3.63 Statistiques descriptives des taux de recours, des dépenses et des restes à charge de traitements et cures ambulatoires selon la reconnaissance de handicap

		Effectifs bruts	Moyenne pondérée	Ecart-type	1 ^{er} quartile	Médiane	4 ^e quartile	Coefficient de variation
Sans reconnaissance	Taux de recours	14 497	8,0 %	27,1 %	0	0	0	340 %
	Dépenses	1 574	546	3 745	83	113	213	686 %
	Restes à charge	1 574	4	55	0	0	0	1 269 %
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	Taux de recours	1 144	9,7 %	29,6 %	0	0	0	306 %
	Dépenses	117	3 200	11 758	100	190	320	367 %
	Restes à charge	117	65	369	0	0	0	565 %
Pension d'invalidité	Taux de recours	2 080	17,1 %	37,7 %	0	0	0	220 %
	Dépenses	377	1 531	9 972	100	190	252	652 %
	Restes à charge	377	15	166	0	0	0	1 138 %
Rente d'incapacité	Taux de recours	329	10,9 %	31,2 %	0	0	0	286 %
	Dépenses	43	207	503	80	143	290	243 %
	Restes à charge	43	1	3	0	0	0	369 %
Ensemble des plus de 20 ans	Taux de recours	18 050	8,4 %	27,8 %	0	0	0	330 %
	Dépenses	2 111	683	4 896	83	119	213	717 %
	Restes à charge	2 111	6	90	0	0	0	1 382 %

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Tableau A3.64 Variation des recours, des dépenses et des restes à charge de traitements et de cures ambulatoires selon la reconnaissance de handicap

	Recours		Dépenses		Restes à charge	
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2
Reconnaissance administrative de handicap						
Sans reconnaissance	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	1,236	1,389*	5,860***	7,316***	15,08***	16,90***
Pension d'invalidité	2,387***	2,083***	2,803**	2,539**	3,360*	3,155
Rente d'incapacité	1,417	1,308	0,379***	0,311***	0,162	0,140*
Sexe						
Homme	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Femme		1,094		0,592*		0,629
Age		1,015***		1,018**		1,006
Effectifs	18 050	18 050	2 111	2 111	2 111	2 111

Champ : Personnes âgées de 20 ans ou plus.

Source : Enquête HSM 2008 appariée aux données du Sniiram.

Liste des tableaux

2. Données, outils et méthodes

Tableau 1	Les strates de tirage de l'échantillon de deuxième phase	20
Tableau 2	Effectifs bruts et pondérés selon les types d'approche dans l'enquête HSM	22
Tableau 3	Profils de consommation de soins issus de la classification	30
Tableau 4	Statistiques descriptives de la dépense totale pour chaque profil de consommation de soins	30
Tableau 5	Restes à charge totaux après assurance maladie obligatoire pour chaque profil de consommation de soins	31

3. Résultats

3.1. Caractéristiques et consommation de soins des personnes handicapées reconnues inaptes au travail

Tableau 6	Comparaison des caractéristiques socio-économiques et des limitations fonctionnelles des bénéficiaires de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH), pension d'invalidité, rente d'incapacité....	34
Tableau 7	Statistiques descriptives des dépenses de santé, des restes à charge et des taux d'efforts selon la reconnaissance de handicap.....	35
Tableau 8	Variation des dépenses de santé, des restes à charge et des taux d'effort en fonction de la reconnaissance administrative	37
Tableau 9	Résumé des résultats par poste de dépense (Annexe 3)	38
Tableau 10	Statistiques descriptives des personnes recourant à l'aide humaine avant et après 60 ans.....	40

3.2. Caractéristiques et consommation de soins des personnes qui recourent à de l'aide humaine avant et après 60 ans

Tableau 11	Comparaison des caractéristiques socio-économiques et des limitations fonctionnelles des bénéficiaires de l'Allocation compensatrice pour tierce personne-Prestation de compensation du handicap (ACTP-PCH) et des bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa).....	46
Tableau 12	Statistiques descriptives des dépenses de santé, des restes à charge et des taux d'effort selon le besoin d'aide humaine	49
Tableau 13	Variation des dépenses de santé, des restes à charge et des taux d'effort en fonction du niveau de recours à l'aide humaine et de l'âge .	51
Tableau 14	Dépenses de santé et restes à charge des bénéficiaires de l'ACTP-PCH et de l'Apa	59

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Liste des tableaux

Irdes septembre 2019

Annexes

Annexe 3.

Résultats par postes de dépenses

Tableau A3.1	Statistiques descriptives des dépenses et des restes à charge de médecins généralistes selon le besoin d'aide humaine et l'âge.....	88
Tableau A3.2	Variation des recours, des dépenses et des restes à charge de médecins généralistes en fonction du niveau de recours à l'aide humaine et de l'âge.....	89
Tableau A3.3	Statistiques descriptives des taux de recours, des dépenses et des restes à charge de médecins généralistes selon la reconnaissance de handicap.....	90
Tableau A3.4	Variation des recours, des dépenses et des restes à charge de médecins généralistes en fonction de la reconnaissance administrative.....	91
Tableau A3.5	Statistiques descriptives des dépenses et des restes à charge de médecins spécialistes selon le besoin d'aide humaine et l'âge.....	93
Tableau A3.6	Variation des recours, des dépenses et des restes à charge de médecins spécialistes en fonction du niveau de recours à l'aide humaine et de l'âge.....	94
Tableau A3.7	Statistiques descriptives des taux de recours, des dépenses et des restes à charge de médecins spécialistes selon la reconnaissance de handicap.....	95
Tableau A3.8	Variation des recours, des dépenses et des restes à charge de médecins spécialistes en fonction de la reconnaissance administrative.....	96
Tableau A3.9	Statistiques descriptives des dépenses et des restes à charge pharmaceutiques selon le besoin d'aide humaine et l'âge.....	98
Tableau A3.10	Variation des recours, des dépenses et des restes à charge de pharmacie en fonction du niveau de recours à l'aide humaine et de l'âge.....	99
Tableau A3.11	Statistiques descriptives des taux de recours, des dépenses et des restes à charge de pharmacie selon la reconnaissance de handicap.....	100
Tableau A3.12	Variation des recours, des dépenses et des restes à charge de pharmacie en fonction de la reconnaissance administrative.....	101
Tableau A3.13	Statistiques descriptives des dépenses et des restes à charge pour des actes médicaux infirmiers selon le besoin d'aide humaine et l'âge.....	103
Tableau A3.14	Variation des recours, des dépenses et des restes à charge d'actes médicaux infirmiers en fonction du niveau de recours à l'aide humaine et de l'âge.....	104
Tableau A3.15	Statistiques descriptives des taux de recours, des dépenses et des restes à charge d'actes médicaux infirmiers selon la reconnaissance de handicap.....	105
Tableau A3.16	Variation des recours, des dépenses et des restes à charge d'actes médicaux infirmiers en fonction de la reconnaissance administrative de handicap.....	106

Tableau A3.17	Statistiques descriptives des dépenses et des restes à charge pour des actes infirmiers de soins selon le besoin d'aide humaine et l'âge	108
Tableau A3.18	Variation des recours, des dépenses et des restes à charge d'actes infirmiers de soins en fonction du niveau de recours à l'aide humaine et de l'âge.....	108
Tableau A3.19	Statistiques descriptives des taux de recours, des dépenses et des restes à charge d'actes infirmiers de soins selon la reconnaissance de handicap.....	109
Tableau A3.20	Variation des recours, des dépenses et des restes à charge d'actes infirmiers de soins en fonction de la reconnaissance administrative	109
Tableau A3.21	Statistiques descriptives des dépenses et des restes à charge en kinésithérapie selon le besoin d'aide humaine et l'âge	112
Tableau A3.22	Variation des recours, des dépenses et des restes à charge de kinésithérapie en fonction du niveau de recours à l'aide humaine et de l'âge.....	113
Tableau A3.23	Statistiques descriptives des taux de recours, des dépenses et des restes à charge de kinésithérapie selon la reconnaissance de handicap	114
Tableau A3.24	Variation des recours, des dépenses et des restes à charge de kinésithérapie en fonction de la reconnaissance administrative....	115
Tableau A3.25	Statistiques descriptives des dépenses et des restes à charge d'optique selon le besoin d'aide humaine et l'âge	117
Tableau A3.26	Variation des recours, des dépenses et des restes à charge d'optique en fonction du niveau de recours à l'aide humaine et de l'âge.....	118
Tableau A3.27	Statistiques descriptives des taux de recours, des dépenses et des restes à charge d'optique selon la reconnaissance de handicap	119
Tableau A3.28	Variation des recours, des dépenses et des restes à charge d'optique en fonction de la reconnaissance administrative	119
Tableau A3.29	Statistiques descriptives des dépenses et des restes à charge de prothèses dentaires selon le besoin d'aide humaine et l'âge.....	121
Tableau A3.30	Variation des recours, des dépenses et des restes à charge de prothèses dentaires en fonction du niveau de recours à l'aide humaine et de l'âge.....	122
Tableau A3.31	Statistiques descriptives des taux de recours, des dépenses et des restes à charge de prothèses dentaires selon la reconnaissance de handicap.....	123
Tableau A3.32	Variation des recours, des dépenses et des restes à charge de prothèses dentaires en fonction de la reconnaissance administrative.....	123
Tableau A3.33	Statistiques descriptives des dépenses et des restes à charge de prothèses et orthèses (hors optique et dentaire) selon le besoin d'aide humaine et l'âge.....	125
Tableau A3.34	Variation des recours, des dépenses et des restes à charge de prothèses et/ou orthèses (hors optique et dentaire) en fonction du niveau de recours à l'aide humaine et de l'âge	126

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Liste des tableaux

Irdes septembre 2019

Tableau A3.35	Statistiques descriptives des taux de recours, des dépenses et des restes à charge d'orthèses et/ou prothèses (hors optique et dentaire) selon la reconnaissance de handicap.....	127
Tableau A3.36	Variation des recours, des dépenses et des restes à charge d'orthèses et/ou de prothèses (hors optique et dentaire) en fonction de la reconnaissance administrative.....	127
Tableau A3.37	Statistiques descriptives des dépenses et des restes à charge en appareils et matériels pour traitements selon le besoin d'aide humaine et l'âge	130
Tableau A3.38	Variation des recours, des dépenses et des restes à charge d'appareils et matériels pour traitements en fonction du niveau de recours à l'aide humaine et de l'âge.....	131
Tableau A3.39	Statistiques descriptives des taux de recours, des dépenses et des restes à charge d'appareils et matériels pour traitements selon la reconnaissance de handicap.....	132
Tableau A3.40	Variation des recours, des dépenses et des restes à charge d'appareils et matériels pour traitements en fonction de la reconnaissance administrative	132
Tableau A3.41	Statistiques descriptives des dépenses et des restes à charge de biologie selon le besoin d'aide humaine et l'âge.....	134
Tableau A3.42	Variation des recours, des dépenses et des restes à charge de biologie en fonction du niveau de recours à l'aide humaine et de l'âge.....	135
Tableau A3.43	Statistiques descriptives des taux de recours, des dépenses et des restes à charge de biologie selon la reconnaissance de handicap	136
Tableau A3.44	Variation des recours, des dépenses et des restes à charge de biologie en fonction de la reconnaissance administrative	137
Tableau A3.45	Statistiques descriptives des dépenses et des restes à charge de transport selon le besoin d'aide humaine et l'âge	139
Tableau A3.46	Variation des recours, des dépenses et des restes à charge de transport en fonction du niveau de recours à l'aide humaine et de l'âge.....	140
Tableau A3.47	Statistiques descriptives des taux de recours, des dépenses et des restes à charge de transport selon la reconnaissance de handicap	141
Tableau A3.48	Variation des recours, des dépenses et des restes à charge de transport en fonction de la reconnaissance administrative.....	141
Tableau A3.49	Statistiques descriptives des dépenses et des restes à charge associés aux hospitalisations en Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) selon le besoin d'aide humaine et l'âge	143
Tableau A3.50	Variation des recours, des dépenses et des restes à charge d'hospitalisation en Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) en fonction du niveau de recours à l'aide humaine et de l'âge	144
Tableau A3.51	Statistiques descriptives des taux de recours, des dépenses et des restes à charge d'hospitalisation en Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) selon la reconnaissance de handicap.....	145

Tableau A3.52	Variation de recours, de dépenses et de restes à charge d'hospitalisation en Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) en fonction de la reconnaissance administrative.....	145
Tableau A3.53	Statistiques descriptives des dépenses et des restes à charge associés aux hospitalisations en Soins de suite et de réadaptation (SSR) selon le besoin d'aide humaine et l'âge.....	147
Tableau A3.54	Variation des recours, des dépenses et des restes à charge d'hospitalisation en SSR en fonction du niveau de recours à l'aide humaine et de l'âge.....	148
Tableau A3.55	Statistiques descriptives des taux de recours, des dépenses et des restes à charge d'hospitalisation en SSR selon la reconnaissance de handicap.....	149
Tableau A3.56	Variation des recours, des dépenses et des restes à charge d'hospitalisation en SSR en fonction de la reconnaissance de handicap.....	149
Tableau A3.57	Statistiques descriptives des dépenses et des restes à charge associés aux hospitalisations en psychiatrie selon le besoin d'aide humaine et l'âge.....	151
Tableau A3.58	Variation des recours, des dépenses et des restes à charge d'hospitalisation en psychiatrie en fonction du niveau de recours à l'aide humaine et de l'âge.....	151
Tableau A3.59	Statistiques descriptives des taux de recours, des dépenses et des restes à charge d'hospitalisation en psychiatrie selon la reconnaissance de handicap.....	152
Tableau A3.60	Variation de recours, de dépenses et de restes à charge d'hospitalisation en psychiatrie en fonction de la reconnaissance administrative.....	152
Tableau A3.61	Statistiques descriptives des dépenses et des restes à charge associés à des traitements et cures ambulatoires selon le besoin d'aide humaine et l'âge.....	154
Tableau A3.62	Variation des recours, des dépenses et des restes à charge de traitements et cures ambulatoires en fonction du niveau de recours à l'aide humaine et de l'âge.....	155
Tableau A3.63	Statistiques descriptives des taux de recours, des dépenses et des restes à charge de traitements et cures ambulatoires selon la reconnaissance de handicap.....	156
Tableau A3.64	Variation des recours, des dépenses et des restes à charge de traitements et de cures ambulatoires selon la reconnaissance de handicap.....	156

Liste des schémas et graphiques

1. Les systèmes de « compensation » en France et les questions de la « barrière d'âge »

- Schéma 1.** Allocations compensant une incapacité à réaliser une activité professionnelle et transformations au moment du passage à la retraite (effectifs des bénéficiaires en 2014)..... 12

2. Données, outils et méthodes

- Schéma 2.** Classification du fonctionnement, du handicap et de la santé 21
- Graphique 1.** Représentation de l'ACM correspondant au recours à l'aide humaine pour réaliser les Activités de la vie quotidienne (AVQ)..... 24
- Graphique 2.** Types de recours à l'aide humaine en fonction des quatre classes issues de la typologie 26
- Graphique 3.** Répartition des combinaisons de limitations fonctionnelles en fonction de la classe 27
- Graphique 4.** Représentation de l'Analyse en composantes principales (ACP) 28

3. Résultats

3.1. Caractéristiques et consommation de soins des personnes handicapées reconnues inaptes au travail

- Graphique 5.** Répartition des bénéficiaires de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH), des titulaires d'une pension d'invalidité et des bénéficiaires d'une rente d'incapacité en fonction de leurs besoins d'aide humaine 34
- Graphique 6.** Distribution et concentration de la dépense de santé en fonction de la reconnaissance de handicap 36
- Graphique 7.** Distribution et concentration des restes à charge en fonction de la reconnaissance de handicap 37
- Graphique 8.** Profils de consommation de soins en fonction de la reconnaissance de handicap 38

3.2. Caractéristiques et consommation de soins des personnes qui recourent à de l'aide humaine avant et après 60 ans

- Graphique 9.** Ventilation des personnes par groupes de recours à l'aide humaine pour réaliser les activités de la vie quotidienne, avant et après 60 ans 43
- Graphique 10.** Les allocations compensant le recours à l'aide humaine avant et après 60 ans 44
- Graphique 11.** Compensation du recours à l'aide humaine en fonction des profils de recours et de l'âge 45
- Graphique 12.** Répartition des bénéficiaires de l'Allocation compensatrice pour tierce personne-Prestation de compensation du handicap (ACTP-PCH) et de l'Allocation personnalisée d'autonomie

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap...

Liste des schémas et graphiques

Irdes septembre 2019

	(Apa) en fonction de leurs besoins d'aide identifiés à partir de la classification	47
Graphique 13.	Courbes de Lorentz représentant la concentration des dépenses en fonction du degré de recours à l'aide humaine	48
Graphique 14.	Dépense moyenne par niveau de dépendance avant et après 60 ans...	50
Graphique 15.	Courbes de Lorentz représentant la concentration des restes à charge en fonction du degré de recours à l'aide humaine.....	53
Graphique 16.	Reste à charge moyen par niveau de dépendance avant et après 60 ans.....	54
Graphique 17.	Taux d'effort moyen par niveau de dépendance avant et après 60 ans	56
Graphique 18.	Ventilation des profils de consommation de soins par classe de recours à l'aide humaine et par âge.....	57
Graphique 19.	Répartition des profils de consommations de soins en fonction du niveau d'aide humaine (en %) – Restes à charge > 1 200 euros	58
Graphique 20.	Ventilation des profils de consommation de soins pour les bénéficiaires de l'Allocation compensatrice pour tierce personne-Prestation de compensation du handicap (ACTP-PCH) et de l'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa)	60

Les dernières publications de l'Irdes



- **Influence des modalités de prises en charge de l'Accident vasculaire cérébral (AVC) sur la durée d'hospitalisation** / Nestrigue C., Bricard D., Com-Ruelle L., Debals-Gonthier M. *Questions d'économie de la santé* numéro n° 242. Juin 2019.
- **La coopération avec une infirmière modifie-t-elle l'activité du médecin généraliste ? L'impact du dispositif Asalée** / Loussouarn C., Franc C., Videau Y., Mousquès J. *Questions d'économie de la santé* n° 241. Avril 2019.



- **Améliorer la prise en charge sanitaire et sociale des personnes âgées : impact des plans personnalisés de santé sur les parcours de soins** / Penneau A., Bricard D., Or Z. Document de travail n° 81. Juillet 2019.
- **L'accessibilité aux médecins généralistes en Île-de-France : méthodologie de mesures des inégalités infra-communales** / Lucas-Gabrielli V., Mangeney C. Document de travail n° 80. Juillet 2019.



- **Repérer les facteurs de risque des patients hospitalisés pour un premier épisode d'Accident vasculaire cérébral (AVC) et analyser les déterminants de sa gravité : l'apport des bases médico-administratives** / Lénadre C., Com-Ruelle L., en collaboration avec Bricard D., Le Guen N., Le Neindre C., et Nestrigue C. Rapport Irdes n° 570. Mars 2019.
- **Évolution de la dépense en part de complémentaire santé des bénéficiaires de la CMU-C : analyse et prévision** / Carré B., Perronnin M. Rapport Irdes n° 569. Novembre 2018.

Abonnements-Diffusion : Irdes 117bis rue Manin 75019 - Paris
www.irdes.fr – Tél. : 01 53 93 43 06/17 – Fax : 01 53 93 43 07
Contact : publications@irdes.fr

La Documentation

Responsable : Marie-Odile Safon

Documentaliste : Véronique Suhard

Assistant de documentation : Damien Le Torrec

Un fonds documentaire spécialisé en économie de la santé, organisation des systèmes de santé, politiques de santé, professionnels de santé, hôpital, etc. composé de 16 000 ouvrages, 200 périodiques, 1 600 *Working papers* de centres de recherche étrangers (National Bureau of Economic Research, Center for Health Economics de York...), et de dossiers thématiques permettant de revisiter l'actualité de la santé depuis les années 1980.

Des produits documentaires à consulter sur le site internet www.irdes.fr (voir ci-dessous).

Consultation du fonds documentaire sur rendez-vous au 01 53 93 43 56/01.

Contact : documentation@irdes.fr

À découvrir sur le site de l'Irdes <http://www.irdes.fr>

Contact : contact@irdes.fr

- Toutes les **publications** de l'Irdes sont mises en ligne dès leur parution.
- La **Lettre d'information** mensuelle de l'Irdes, qui présente les dernières actualités en économie de la santé (publications, séminaires et colloques, 3 questions à un chercheur, graphique du mois...), est envoyée par courriel sur simple inscription : www.irdes.fr/presse/lettre-d-information-de-l-irdes-historique.html
Elle est également disponible dans une version anglaise trimestrielle : www.irdes.fr/english/newsletter-in-health-economics-chronology.html
- Des **produits documentaires** élaborés par la Documentation : Veille scientifique en économie de la santé et Actualités santé et protection sociale, deux veilles thématiques bimensuelles, l'une bibliographique réalisée à partir de la littérature scientifique en santé, l'autre de la presse santé en ligne ; et aussi des synthèses thématiques...

Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap avant et après 60 ans

Les situations de handicap entraînent des coûts supplémentaires pour les ménages concernés. Les coûts sanitaires – soins médicaux et une partie des aides techniques – représentent l'un des principaux postes de dépense des personnes en situation de handicap. L'objectif de ce rapport est de dresser un état des lieux de la prise en charge sanitaire de ces personnes avant et après 60 ans.

Deux populations se distinguent, les personnes handicapées reconnues inaptes au travail et les personnes ayant besoin d'aide pour réaliser les activités de la vie quotidienne. L'Allocation aux adultes handicapés (AAH), la pension d'invalidité et la rente d'incapacité sont les trois principales allocations permettant de compenser une incapacité à travailler par le versement de revenus de substitution. Les deux dernières permettent également d'accéder à une meilleure couverture sanitaire, ce qui n'est pas le cas de l'AAH. On observe une forte variabilité des niveaux de dépenses et des profils de consommations de soins en fonction de ces trois types d'allocation qui semblent refléter la grande hétérogénéité des profils de handicap. Les restes à charge sanitaires annuels des bénéficiaires de l'AAH (autour de 500 euros) ne sont pas différents de ceux observés en population générale ou dans les autres types de reconnaissance de handicap. Toutefois, compte tenu de leurs revenus plus modestes, les restes à charge rapportés aux revenus représentent un poids financier plus lourd pour les bénéficiaires de l'AAH. Leur taux d'effort est supérieur de 65 % à celui observé en population générale, alors même que des postes de dépenses comme l'optique et les prothèses dentaires apparaissent plus faibles.

Nous montrons également que le système de protection sociale limite les restes à charge liés aux soins des personnes qui recourent à l'aide humaine (autour de 800 euros annuels en moyenne) grâce aux différentes exonérations du ticket modérateur (pension d'invalidité, rente d'incapacité, Affection de longue durée (ALD)), alors que leurs dépenses croissent beaucoup selon le degré de recours à l'aide humaine, de 5 000 euros par an à 17 000 euros en moyenne. Malgré ce lissage des restes à charge, certains restent élevés en raison de consommations de soins spécifiques telles que les orthèses et prothèses ou les hospitalisations en Médecine-chirurgie ou en psychiatrie. Si le niveau des dépenses de santé, avant et après 60 ans, des personnes ayant recours à l'aide humaine est relativement proche, les restes à charge de celles âgées de 60 ans et plus sont toujours plus élevés, ce qui s'explique par des profils de consommation de soins et des types d'exonération différents.

Mots-clés : Handicap, Dépenses de santé, Restes à charge, Recours à l'aide humaine, Protection sociale, Accès et recours aux soins, Santé et travail, Etat de santé.