

# Handicap, dépendance : quels restes à charge liés aux dépenses de santé avant et après la « barrière de 60 ans »

Anne Penneau, Catherine Sermet, Sylvain Pichetti

## Introduction

En France, les politiques publiques visant à compenser l'incapacité à réaliser les actes de la vie quotidienne n'ont pas toujours été séparées par une barrière d'âge (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'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP), qui permet de financer l'aide d'une tierce personne pour les actes essentiels pour les personnes qui ne peuvent les réaliser elles-mêmes en raison d'un handicap, n'introduisait pas de barrière d'âge limite de perception de la prestation. La barrière d'âge n'a fait son apparition qu'avec la création de la prestation spécifique dépendance (PSD), ancêtre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), qui constitue la première prestation ciblant explicitement les personnes âgées de 60 ans et plus (Weber, 2011, Imbert, 2013). Cette scission selon l'âge a été sanctuarisée en 2002, avec la création de l'APA en remplacement de la PSD et a été confirmée en 2006, avec le remplacement de l'ACTP par la prestation de compensation du handicap (PCH) incluant également des restrictions sur l'âge.

L'ACTP n'a toutefois pas disparu au moment de la création de la PCH, les anciens bénéficiaires de l'ACTP pouvant conserver le droit de conserver cette prestation ou d'opter pour la PCH. En revanche, à partir de 2006, l'ACTP n'admettait plus de nouveaux entrants dans le dispositif, les personnes potentiellement éligibles devant se tourner vers la PCH. Le remplacement de l'ACTP par la PCH pourrait laisser penser que les deux prestations sont assez proches dans leur philosophie, hypothèse qui doit être fortement nuancée. Le périmètre du recours à l'aide est restreint à l'aide humaine pour l'ACTP, au contraire étendu à l'aide humaine, aux aides techniques ou aux aménagements du logement pour la PCH (Dos Santos et Lo, 2011). L'ACTP est une prestation en espèces, soumise à conditions de ressources, mais versée sans contrôle d'effectivité tandis que la PCH est une aide financière destinée à financer les besoins liés à la perte d'autonomie des personnes handicapées mais versée uniquement sur justificatifs et sans conditions de ressources. Compte tenu de ses caractéristiques, l'ACTP se rapproche finalement plus de l'APA qui finance essentiellement de l'aide humaine, et prend en charge l'aide-ménagère. La PCH au titre de l'aide humaine prend en charge uniquement l'aide pour des actes essentiels (se laver, s'habiller, aller au toilette, se nourrir, se déplacer dans son logement) et exclut en revanche les actes de la sphère domestiques -les courses, le ménage, la préparation des repas-. Les dispositifs de l'ACTP et de la PCH étant assez différents, il n'est pas étonnant de constater que les bénéficiaires de chaque dispositif ont des caractéristiques nettement différenciées. Les allocataires de la PCH sont plus souvent représentés dans les tranches d'âge extrêmes (18% ont entre 20 et 29 ans versus 12% pour les bénéficiaires de l'ACTP) et 21% ont entre 55 et 59 ans (contre 18% pour l'ACTP)(Dos Santos et Lo, 2011). Par ailleurs, les bénéficiaires de la PCH sont beaucoup plus souvent en couple que les bénéficiaires de l'ACTP (46% versus 29%). Les allocataires de la PCH occupent un peu plus souvent un emploi que les bénéficiaires de l'ACTP (24% versus 13%). Les populations ne présentent pas non plus les mêmes types de déficience : les

déficients intellectuels et les déficients visuels sont relativement nombreux parmi les bénéficiaires de l'ACTP alors que parmi les bénéficiaires de la PCH figure une plus forte part de personnes présentant une déficience auditive et langagière (Dos Santos et Lo, 2011).

La question de l'équité entre les dispositifs de la PCH et de l'APA est régulièrement questionnée dans le cadre des débats portant sur la barrière d'âge de 60 ans. Ainsi, plusieurs rapports (Bonnet, 2004, Blanc, 2006, Gohet, 2013) ont appelé à une suppression de la barrière d'âge de 60 ans et 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, la PCH permet de financer certains dispositifs médicaux (par exemple l'équipement en fauteuil électrique), ce que ne permet pas l'APA, tandis qu'au contraire l'APA prend en charge le financement des actes de la vie domestique (ménage, préparation ou portage des repas, entretien de la maison), ce que ne permet pas la PCH.

Pour faire progresser radicalement le débat sur la barrière d'âge, il conviendrait de pouvoir évaluer finement quels sont les besoins d'aide avant et après 60 ans –et pour tous types d'aide (aide humaine, aide technique,...), ce que les dispositifs d'enquête 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 des circuits financiers de prise en charge (Assurance maladie obligatoire, prise en charge des aides techniques dans le cadre de la PCH, fonds de compensation départementaux,...), qui est loin d'être assurée avec les données dont on dispose actuellement. 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 et sur leurs circuits de financement, nous proposons, dans cet article, de faire progresser la connaissance de ces deux populations, celles qui bénéficient de l'ACTP ou de la PCH et celle qui bénéficie de l'APA, en nous restreignant à l'analyse de leurs dépenses de santé et restes à charge après intervention de l'Assurance maladie obligatoire, pour évaluer si, sur ce périmètre pour lequel on dispose d'une bonne connaissance statistique, les populations sont comparables ou non. En France, il n'existe à notre connaissance aucune étude publiée centrée sur les restes à charge des personnes en situation de handicap. La littérature internationale, principalement anglo-saxonne, est au contraire assez riche, mais elle a tendance à se focaliser soit sur la situation des enfants en situation de handicap et sur le reste à charge occasionné par leurs soins sur le budget familial (Rupp et al., 2005, Shattuck et Parish, 2008, Yu et al., 2008, Wisk et Witt, 2012, Bourke-Taylor et al., 2013, Ghandour et al., 2014, Karaca-Mandic et al., 2014) soit sur les personnes âgées de 20 à 60 ans (Mitra et al., 2009, Burns et al., 2010, Goodwin et al., 2013, Pumkam et al., 2013), sans jamais vraiment proposer une analyse des restes à charge des personnes handicapées plus âgées.

La question de l'impact de la barrière d'âge de 60 ans sur les personnes en situation de handicap a donné lieu à une analyse théorique (Imbert, 2013) et à une analyse empirique à partir des données de l'enquête Handicap Santé Ménages (HSM) (Tenand, 2015) mais dans une optique différente de celle qui est développée dans cet article, car portant sur l'impact de la barrière d'âge de 60 ans sur le recours à l'aide formelle ou informelle. A partir d'une population constituée des personnes déclarant des difficultés pour réaliser les activités de la vie quotidienne (AVQ) ou les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) âgées entre 50 et 74 ans vivant à domicile, cette étude montre que le fait

d'être une personne dépendante âgée augmente le recours à l'aide formelle dans une proportion qui varie de 5 à 10 points par rapport à une personne adulte handicapée.

Notre article a pour objectif de décrire en niveau et en structure les dépenses de santé et les restes à charge des personnes bénéficiaires des deux dispositifs visant à répondre à des besoins de compensation.

## Sources et méthode

L'enquête Handicap Santé Ménage (HSM) de 2008 cible les personnes vivant à domicile. Les données ont été recueillies en deux étapes : un premier questionnaire sur la « vie quotidienne et la santé (VQS) » a d'abord été diffusé, dans l'objectif de constituer une base de sondage pour préparer la diffusion de l'enquête principale (seconde phase). Les réponses à l'enquête VQS ont permis de calculer un « score » de handicap allant de 0 à 100 pour chaque individu. Par la suite, quatre strates de tirage de l'échantillon pour la seconde phase ont été formées en fonction du score et de l'âge de l'individu. 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 du handicap. Les groupes présentant une situation présumée sévère de handicap ont été surreprésentés. L'enquête comporte des questions permettant d'évaluer l'état de santé de 29 931 individus, de repérer leurs handicaps, et de décrire leur environnement social et familial. L'appariement de l'enquête HSM avec les données du Sniiram permet de récupérer les dépenses et les restes à charge d'environ 70% des enquêtés (Lengagne et al., 2014).

La population cible de l'étude est composée des bénéficiaires de l'ACTP ou de la PCH ainsi que des bénéficiaires de l'APA. Dans l'enquête HSM appariée aux données du Sniiram, 131 individus âgés de moins de 60 ans déclarent bénéficier de l'ACTP ou de la PCH et 777 personnes âgées de 60 ans ou plus déclarent bénéficier de l'APA. Dans l'enquête HSM de 2008, les bénéficiaires de l'ACTP sont encore très largement majoritaires (82% de l'ensemble ACTP/PCH) alors que le dispositif de la PCH venait d'être mis en place seulement trois ans avant l'enquête. Dans la suite de l'étude, les résultats obtenus sur l'ensemble de ces populations sont également ponctuellement comparés à ceux obtenus sur l'ensemble des personnes âgées de plus de 20 ans ainsi qu'aux personnes âgées de moins ou de plus de 60 ans déclarant un besoin d'aide humaine pour la réalisation des activités de la vie quotidienne mais qui ne bénéficient pas d'une allocation compensatrice à cet effet.

Les postes de dépenses et de restes à charge sont regroupés dans cette étude en 14 groupes dont 10 postes ambulatoires et 4 postes hospitaliers. Les postes de dépenses ambulatoires sont les suivants : la médecine générale ; les soins de spécialistes considérés globalement (dont dentistes, orthoptistes, orthophonistes) ; les kinésithérapeutes ; les soins infirmiers sont séparés en deux postes : les actes médicaux infirmiers et les actes de soins infirmiers ; la pharmacie ; les dispositifs médicaux, qui englobent quatre sous-postes : l'optique ; les prothèses dentaires ; les prothèses et aides au déplacement (entrent par exemple dans cette catégorie les appareils électroniques de surdité ; les stimulateurs cardiaques ; les véhicules pour personnes handicapées ; ...) ; les appareils et matériel de traitement (forfait de pansement ; appareils et matériels de contention ; appareil générateur d'aérosol ; ...) ; la biologie ; les transports ; les autres dépenses sanitaires ambulatoires (sages-femmes ; autres actes ou actes inconnus infirmiers ; pédicure ; autres prestations diverses et inconnues ; cures thermales). Les quatre postes hospitaliers sont la médecine-chirurgie-obstétrique

(MCO), la psychiatrie, les services de soins de suite et de réadaptation (SSR) et les séances, qui peuvent être définies comme des présences dans un établissement de santé d'une durée inférieure à 24 heures impliquant habituellement sa fréquentation itérative dans un but thérapeutique.

La réalisation d'une classification a permis de caractériser des classes d'individus homogènes en termes de recours à l'aide humaine (sans se soucier de savoir si l'aide est financée au titre de l'APA ou de l'ACTP-PCH) à partir des variables sur les activités de la vie quotidienne (AVQ) et des variables relatives aux activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ). Dans la première catégorie ont été considérées les personnes qui déclaraient au moins un recours à l'aide humaine pour réaliser les activités suivantes : « se laver », « s'habiller », « couper la nourriture ou se servir à boire », « manger et boire une fois que la nourriture est prête », « se servir des toilettes », « se coucher et se lever du lit », « s'asseoir et se lever d'un siège ». Dans la catégorie des AIVQ sont considérées les activités suivantes : « faire les courses », « faire les tâches ménagères », « préparer les repas », « faire les tâches les plus occasionnelles », « faire les démarches administratives courantes », « prendre les médicaments », « se déplacer dans les pièces d'un étage », « sortir de son logement », « utiliser un moyen de déplacement », « trouver son chemin quand on sort » (Dos Santos et Makdessi, 2010)].

La méthode de classification réalisée ici est une classification hiérarchique ascendante (CHA) avec Wald<sup>1</sup> appliquée aux dimensions d'une ACM (Analyse des Correspondances Multiples). La réalisation d'une ACM permet un meilleur partitionnement car l'inertie est concentrée sur les individus les plus influents et en particulier lorsque l'inertie est fortement concentrée dans les premiers axes de l'ACM. De plus, l'ACM permet de visualiser graphiquement les variables de recours à l'aide humaine associées dans les déclarations des individus. Le nombre de classes a été sélectionné par la méthode du saut maximum et à partir de l'analyse du  $R^2$  semi-partiel (SPRSQ) qui mesure la perte d'inertie interclasse provoquée en regroupant deux classes.

Dans les analyses qui suivent, un zoom a été réalisé sur les déterminants du recours à des actes de soins infirmiers des bénéficiaires de l'APA déclarant recourir à un professionnel de santé pour la toilette. Nous avons réalisé cette analyse à l'aide d'une régression logistique. La régression logistique binaire permet d'exprimer une variable à expliquer binaire (tel que le fait d'avoir ou non recouru à des soins) en fonction de variables explicatives. Deux types de déterminants sont interrogés : le degré de dépendance identifié par le niveau GIR de l'individu et l'offre de soins infirmiers caractérisée par la densité d'infirmiers libéraux ainsi que le taux d'équipement en SSIAD (Services de Soins Infirmiers à Domicile) dans le département de résidence de l'individu.

## **Des structures de dépenses de santé et de restes à charge fortement différenciées selon les dispositifs ACTP-PCH ou APA**

Environ 4% des personnes âgées de 20 à 59 ans déclarent avoir recours à de l'aide humaine pour réaliser les activités de la vie quotidienne, parmi elles seules 8% déclarent bénéficier de l'ACTP ou de la PCH, soit 131 individus. Au moment de l'enquête, 82% de cette population déclarent bénéficier de l'ACTP et 18% de la PCH. Chez les personnes âgées de plus de 60 ans, 23% déclarent recourir à de l'aide humaine pour les activités de la vie quotidienne (dont 26% perçoivent l'APA, soit 777 individus).

---

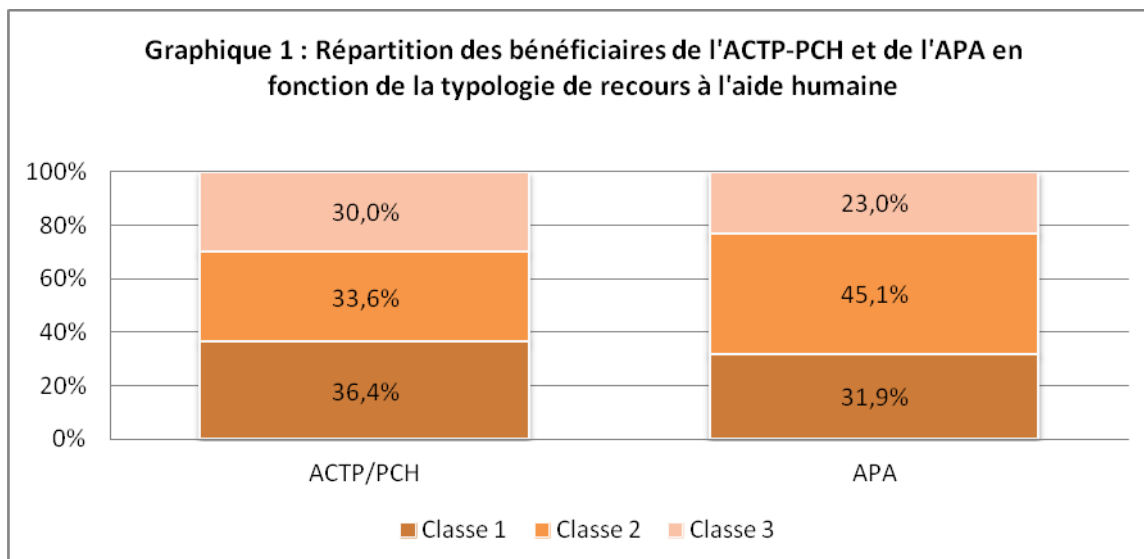
<sup>1</sup> Wald pour distance euclidienne : agrégation des individus qui font le moins varier l'inertie intra-classe.

## **Caractéristiques socio-économiques et type de recours à l'aide humaine pour les bénéficiaires de l'ACTP-PCH et de l'APA**

La comparaison des caractéristiques socio-économiques montre des différences importantes entre les personnes qui bénéficient de l'ACTP-PCH et celles qui bénéficient de l'APA. 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 18% chez les bénéficiaires de l'ACTP ou de la PCH).

Les données d'enquête ne permettent pas de savoir précisément pour quel motif la personne a finalement été considérée comme éligible à l'une des prestations. Les données permettent toutefois de rendre compte de la prévalence des différentes limitations fonctionnelles des populations de bénéficiaires de l'ACTP-PCH et de l'APA. Les profils diffèrent sensiblement : 92% des bénéficiaires de l'APA déclarent des limitations motrices contre 72% chez les bénéficiaires de l'ACTP-PCH. La part de personnes ayant des limitations auditives varie également (35% APA ; 14% ACTP/PCH) tandis qu'il n'y a 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). La réalisation d'une classification a permis d'identifier des groupes d'individus homogènes en termes de profils de recours à l'aide humaine. Elle est basée sur une analyse factorielle des correspondances suivie d'une classification hiérarchique ascendante à partir des déclarations de recours à l'aide humaine pour réaliser les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ). Cette classification aboutit à la distinction de 3 classes d'individus homogènes en termes de recours à l'aide humaine. Environ 36 % des bénéficiaires de l'ACTP-PCH et 32% des bénéficiaires de l'APA appartiennent à la classe 1 (graphique 1). Cette première classe d'individus comprend les personnes les moins dépendantes qui ont besoin d'aide humaine en majorité pour certaines activités de la vie quotidienne mais pas pour les soins personnels. La classe 2 caractérise une population ayant des recours à l'aide pour une grande partie des activités de la vie quotidienne identifiées par les AIVQ telles que « faire les courses », « etc. », mais également pour deux soins personnels : « s'habiller » et « se laver ». La classe 3 regroupe les personnes les plus dépendantes qui ont des recours à l'aide humaine pour en moyenne 6 des 7 AVQ et 8 des 10 AIVQ. La répartition des bénéficiaires de l'APA et de l'ACTP-PCH au sein de ces classes n'est pas la même. Les personnes bénéficiant de l'ACTP ou de la PCH appartiennent plus souvent à la classe 3 que les bénéficiaires de l'APA (30 % contre 20 %) alors que les bénéficiaires de l'APA sont plus souvent dans la classe 2 (45 % contre 34% pour les bénéficiaires de l'ACTP-PCH).

La part de personnes en ALD est significativement plus importante chez les bénéficiaires de l'APA (79% contre 68% chez les bénéficiaires de l'ACTP ou de la PCH). En revanche, il n'y a pas de différence significative de proportion de personnes couvertes par une couverture complémentaire (publique ou privée) selon les dispositifs, 90% pour les bénéficiaires de l'ACTP-PCH comme pour les bénéficiaires de l'APA, soit trois points de moins que celle de la population générale âgée de plus de 20 ans.



Les personnes bénéficiant d'allocations compensant la perte d'autonomie (ACTP, PCH, APA) ont des dépenses moyennes de santé 5 à 6 fois supérieures par rapport à la moyenne de l'ensemble de la population âgée de plus de 20 ans (tableau 1). Même si on restreint la comparaison aux personnes qui ont déclaré avoir besoin d'aide pour réaliser les activités de la vie quotidienne, les dépenses des bénéficiaires de l'ACTP-PCH sont en moyenne presque deux fois plus élevées que celles des personnes âgées de moins de 60 ans qui n'ont pas de reconnaissance administrative, ratio que l'on retrouve pour les dépenses des bénéficiaires de l'APA par rapport aux personnes âgées de plus de 60 ans qui recourent à l'aide humaine sans reconnaissance administrative.

Tableau 1 : éléments de distribution des dépenses de santé annuelles des bénéficiaires de l'ACTP-PCH et des bénéficiaires de l'APA

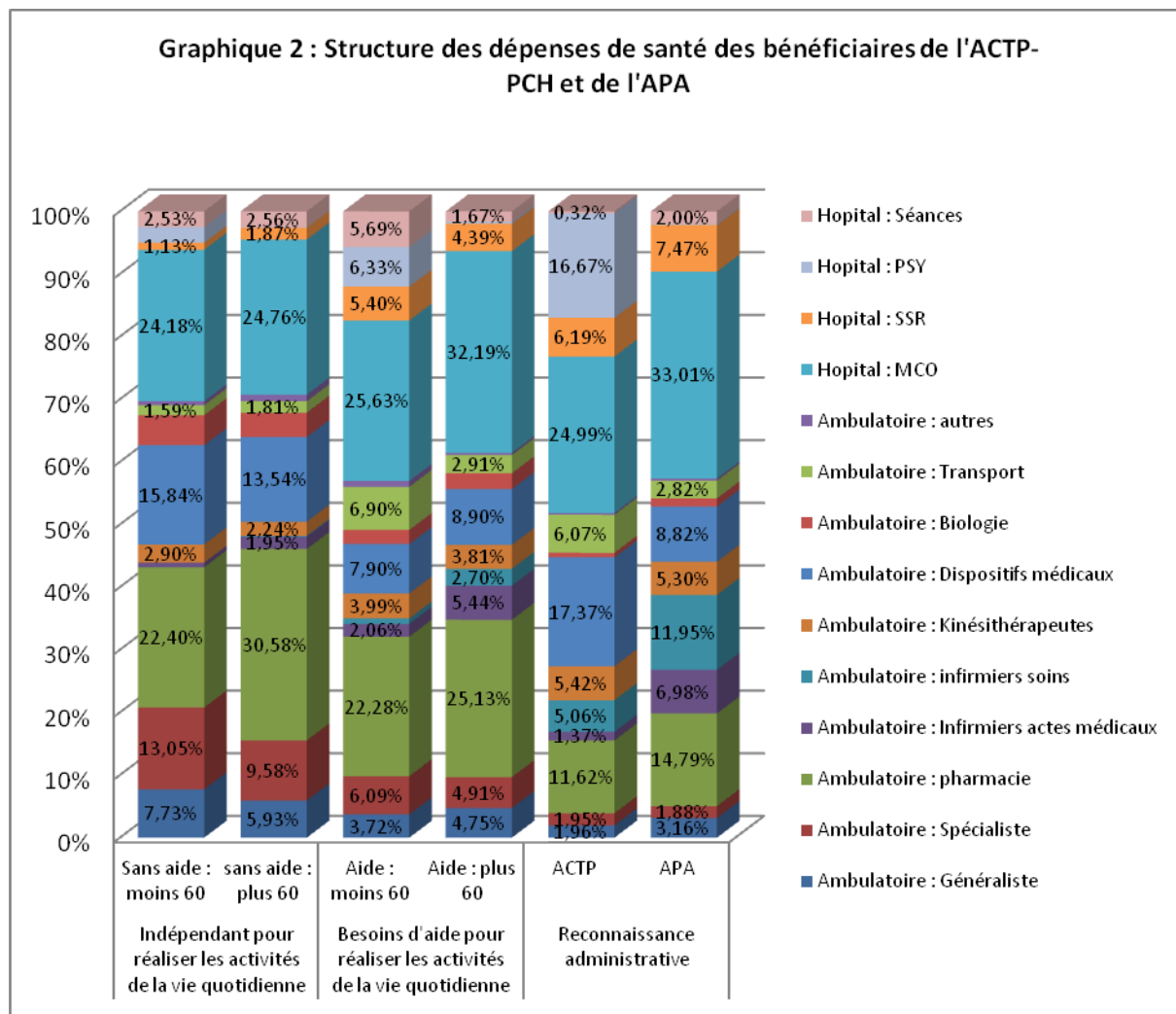
Dépenses de santé annuelles		Nombre d'individus	moyenne	Ecart-type	min	quartile 1	médiane	quartile 3	max
Ensemble de la population âgée de 20 ans et plus		18052	2222	42	0	250	825	2119	252108
Indépendant pour réaliser les activités de la vie quotidienne	Moins de 60 ans	9079	1306	35	0	155	540	1312	128441
	Plus de 60 ans	4072	2900	84	0	784	1644	3187	1186498
Besoins d'aide pour réaliser les activités de la vie quotidienne sans reconnaissance	Moins de 60 ans	1648	6222	326	0	925	2419	5936	252108
	Plus de 60 ans	2294	6543	215	0	1725	3322	6963	200370
Reconnaissance administrative	ACTP/PCH	131	10324	1428	0	1282	3172	12166	87456
	APA	777	12757	649	0	2993	6011	14993	194406

Source : Enquête Handicap Santé Ménage (HSM) appariée avec les données du SNIIRAM (2008)

**Note de lecture** : en moyenne, les personnes âgées de moins de 60 ans qui sont indépendantes pour réaliser les activités de la vie quotidienne affichent une dépense de santé annuelle de 1 306€. En moyenne, les personnes bénéficiaires de l'ACTP/PCH sont confrontées à une dépense annuelle de santé de 10 324€.

Si les dépenses moyennes des bénéficiaires de l'ACTP-PCH (10 324 euros par an) ne sont pas significativement différentes de celles des bénéficiaires de l'APA (12 757 euros en moyenne), les distributions des dépenses sont en revanche fortement différenciées : la dépense médiane des bénéficiaires de l'APA est deux fois plus élevée que celle des bénéficiaires de l'ACTP-PCH (6 011€ versus 3 172€). La structure des dépenses varie par ailleurs en fonction des reconnaissances administratives (graphique 2) : pour les bénéficiaires de l'ACTP ou de la PCH, les trois principaux

postes représentant plus de la moitié de la dépense totale sont les hospitalisations en MCO (25%), les hospitalisations psychiatriques (17%) et les dispositifs médicaux (17%). Chez les bénéficiaires de l'APA, les hospitalisations en MCO constituent aussi le principal poste de dépenses (33% de la dépense totale), mais le deuxième poste est occupé par la pharmacie (15%) tandis que les actes de soins infirmiers constituent le troisième poste de dépenses (12%).



Source : Enquête Handicap Santé Ménage (HSM) appariée avec les données du SNIIRAM (2008)

Les bénéficiaires de l'APA présentent un reste à charge annuel moyen d'environ 908 euros (tableau 2), significativement plus important que celui des bénéficiaires de l'ACTP/PCH (619€). Pour autant, le reste à charge des bénéficiaires de l'APA se différencie peu en moyenne de celui des personnes âgées de plus de 60 ans déclarant recourir à l'aide humaine sans reconnaissance administrative (908€ versus 913€) alors même que leurs dépenses de santé sont deux fois plus élevées. Pourtant, la situation de perte d'autonomie lorsque l'individu reste à domicile n'ouvre pas de droits spécifiques en matière d'exonération du ticket modérateur (HCAAM, 2011). Les bénéficiaires de l'APA bénéficient toutefois plus souvent d'une exonération du ticket modérateur au titre de l'ALD (79%) que les personnes déclarant recourir à l'aide humaine sans reconnaissance administrative (59%). Il en va de même pour le reste à charge des bénéficiaires de l'ACTP-PCH qui est en moyenne assez proche

de celui des personnes âgées de moins de 60 ans qui déclarent recourir à l'aide humaine sans bénéficier d'une reconnaissance administrative (619€ versus 641€) alors que les dépenses de santé sont en moyenne fortement différenciées (10 324€ versus 6 222€). C'est le même argument qui intervient : les bénéficiaires de l'ACTP-PCH sont plus fréquemment pris en charge intégralement par les régimes de base au titre de l'ALD que les personnes de moins de 60 ans qui déclarent recourir à l'aide humaine sans reconnaissance administrative (68% versus 50%).

Tableau 2 : éléments de distribution des restes à charge annuels des bénéficiaires de l'ACTP-PCH et des bénéficiaires de l'APA

Reste à charge annuel		Nombre d'individus	moyenne	Ecart-type	min	quartile1	médiane	quartile3	max
Ensemble de la population âgée de 20 ans et plus		18052	505	5	0	80	276	656	12063
Indépendant pour réaliser les activités de la vie quotidienne	Moins de 60 ans	9079	387	6	0	56	199	509	12063
	Plus de 60 ans	4072	738	13	0	210	503	967	9897
Besoins d'aide pour réaliser les activités de la vie quotidienne	Moins de 60 ans	1648	641	21	0	122	358	786	10840
	Plus de 60 ans	2294	913	23	0	264	575	1168	11846
Reconnaissance administrative	ACTP/PCH	131	619	104	0	56	205	838	10225
	APA	777	908	40	0	252	547	1131	7528

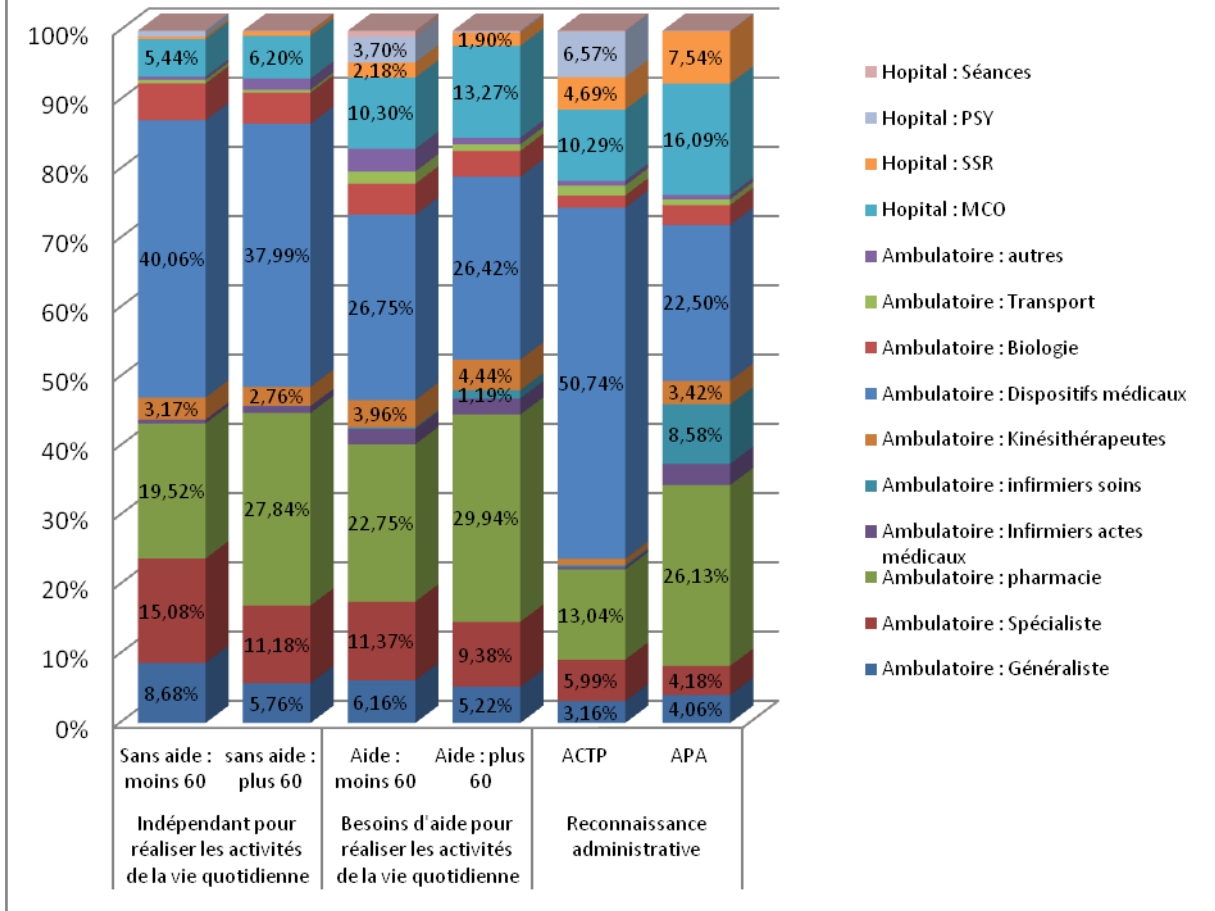
Source : Enquête Handicap Santé Ménage (HSM) appariée avec les données du SNIIRAM (2008)

Note de lecture : en moyenne, les bénéficiaires de l'ACTP/PCH encourent un reste à charge de 619€ annuels, significativement plus faible que le reste à charge des bénéficiaires de l'APA (908€ annuels).

Les principaux postes de restes à charge sont distincts entre la population bénéficiaire de l'ACTP/PCH et celle qui perçoit l'APA (graphique 3).



**Graphique 3 : Structure des restes à charge des bénéficiaires de l'ACTP-PCH et des bénéficiaires de l'APA**

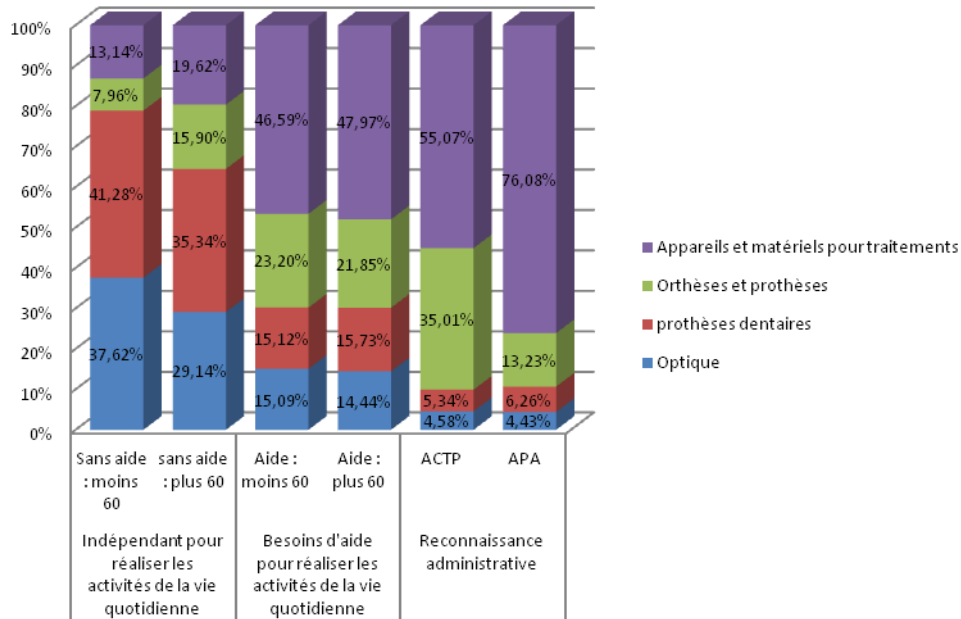


Pour les bénéficiaires de l'APA, les trois postes qui pèsent le plus sur le reste à charge sont les suivants : la pharmacie qui représente 26% des restes à charge totaux avec une moyenne de 237 euros de reste à charge annuel, les dispositifs médicaux (23% des RAC ; 204 euros de RAC en moyenne) et les hospitalisations MCO qui représentent environ 16% des restes à charge et une moyenne de 146 euros. Les actes de soins infirmiers apparaissent en quatrième position et représentent environ 9% des RAC. Pour les bénéficiaires de l'APA, les restes à charge sont à relier en priorité à du paiement de ticket modérateur en ville (55% du reste à charge provient du ticket modérateur, des participations forfaitaires ou des franchises sur les soins de ville) tandis que le reste à charge hospitalier pèse pour 24% du reste à charge total et les dépassements d'honoraires pour 21%. Pour les bénéficiaires de l'ACTP/PCH, la répartition du reste à charge en fonction des divers postes est moins en adéquation avec les dépenses de santé observées. En effet, même si les dispositifs médicaux constituent l'un des principaux postes de dépenses de cette population (17% de la dépense), ils représentent à eux seuls 51% des RAC. Les restes à charge des bénéficiaires de l'ACTP/PCH proviennent donc pour moitié de l'acquisition de dispositifs médicaux dont les prix d'acquisition par l'assuré sont plus élevés que les tarifs de responsabilité de l'Assurance maladie. La pharmacie représente le deuxième poste du reste à charge (13%) tandis que les dépenses hospitalières MCO comptent pour 10% du RAC total.

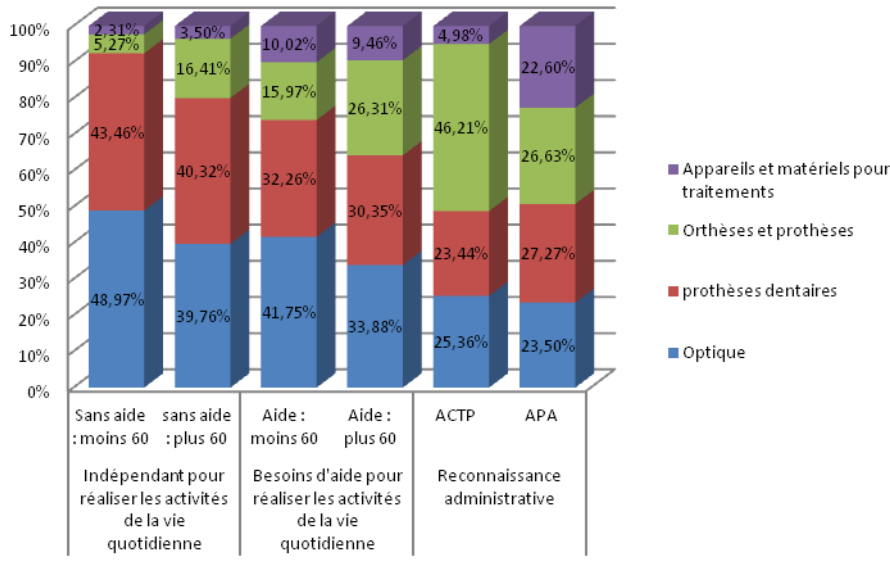
La comparaison de la structure des dépenses et des RAC des bénéficiaires des deux dispositifs met en évidence trois singularités. Tout d'abord, le poids important des dépenses hospitalières en psychiatrie dans la dépense totale (17%) apparaît comme une spécificité des bénéficiaires de l'ACTP/PCH car il ne dépasse pas 0,2% de la dépense des bénéficiaires de l'APA et représente seulement 6,3% de la dépense totale des individus de moins de 60 ans qui déclarent recourir à l'aide humaine pour réaliser les activités de la vie quotidienne sans toutefois bénéficier d'une reconnaissance administrative. Ce poids important des dépenses hospitalières en psychiatrie des bénéficiaires de l'ACTP-PCH est sans doute à relier à la forte proportion de déficients intellectuels parmi les bénéficiaires de l'ACTP (18% de déficients intellectuels)(Dos Santos et Lo, 2011). Par ailleurs, pour les problèmes spécifiques des personnes âgées (démence), les hospitalisations ne se font pas en psychiatrie mais en gériatrie ou en institution pour personnes âgées.

La principale singularité des bénéficiaires de l'ACTP/PCH porte cependant sur le poste de dépense des dispositifs médicaux, qui représentent plus de 17% de la dépense des bénéficiaires de l'ACTP-PCH (versus 8,8% pour les bénéficiaires de l'APA) et plus de 50% du RAC total (versus 22,5%). Les taux de recours à des dispositifs médicaux est cependant significativement supérieur pour les bénéficiaires de l'APA (86% contre 73% chez les bénéficiaires de l'ACTP/PCH). De plus ce ne sont pas les mêmes types de dispositifs médicaux qui entrent dans la dépense des bénéficiaires de l'ACTP-PCH (graphique 4) que ceux qui pèsent sur la dépense des bénéficiaires de l'APA (graphique 5) : la proportion de prothèses, aides au déplacement et orthèses hors optique et prothèses dentaires est beaucoup plus importante pour les bénéficiaires de l'ACTP-PCH (35% de la dépense de dispositifs médicaux versus 13% pour les bénéficiaires de l'APA). Il convient par ailleurs de souligner que ce résultat est obtenu sur une population de bénéficiaires de l'ACTP-PCH dans laquelle la proportion de bénéficiaires de l'ACTP est très largement majoritaire (82% de l'ensemble des bénéficiaires de l'ACTP-PCH). Dans une population dans laquelle la proportion de bénéficiaires de la PCH serait plus importante, l'importance du poste « prothèses et orthèses » serait encore renforcée, compte tenu du financement additionnel proposé par la PCH, en complément du remboursement de l'Assurance maladie obligatoire. Ces prothèses et orthèses représentent 46% du RAC lié aux dispositifs médicaux des bénéficiaires de l'ACTP/PCH (graphique 5) et seulement 27% du RAC lié aux dispositifs médicaux des bénéficiaires de l'APA.

**Graphique 4 : Structure des dépenses de Dispositifs Médicaux des bénéficiaires de l'ACTP-PCH et de l'APA**



**Graphique 5 : structure du RAC lié aux dispositifs médicaux chez les bénéficiaires de l'ACTP-PCH et les bénéficiaires de l'APA**



S'agissant des bénéficiaires de l'APA, ils se distinguent par leur recours plus important aux actes de soins infirmiers (26% de la population APA y recoure contre seulement 6% des bénéficiaires de

l'ACTP-PCH), par un poids des dépenses consacrées à ce poste plus important (12% versus 5%) et par un reste à charge lié à ce poste plus conséquent (8,6% versus 0,2%). Le résultat obtenu sur les actes de soins infirmiers est particulièrement intéressant, car c'est un poste de dépenses à la frontière entre les champs sanitaires et médico-sociaux. Ainsi, parmi l'ensemble des bénéficiaires de l'APA, 26% d'entre eux recourent à des infirmiers pour des actes de soins avec en moyenne 251 séances par an et par consommant ce qui représente une dépense moyenne de 5 980 euros et un RAC moyen de 306 euros par consommant. Si l'on filtre cette population bénéficiaire de l'APA en ne retenant que les personnes déclarant le besoin d'une aide professionnelle pour se laver, 45% de ces personnes font appel à un infirmier. Pour mieux comprendre le choix de recourir à un infirmier pour cette population bénéficiaire de l'APA et déclarant le besoin d'une aide professionnelle pour se laver, nous avons réalisé une régression logistique qui semble montrer un impact important de l'offre de soins infirmiers sur le territoire comme facteur explicatif du recours. La densité d'infirmiers libéraux dans le département de résidence de l'individu est fortement associée à la probabilité de recourir à des soins infirmiers : on constate un gradient négatif de recours aux soins infirmiers des individus résidant dans des départements moins bien dotés en infirmiers libéraux (tableau 3). Le taux d'équipement en SSIAD (Services de Soins Infirmiers à Domicile) dans le département est également lié significativement au recours aux soins infirmiers pour des actes de soins. Ainsi, les personnes qui résident dans des départements comprenant un moindre taux d'équipement en SSIAD sont associées à des taux de recours aux soins infirmiers plus importants que celles résidant dans les départements les mieux équipés. En revanche, le niveau de dépendance, mesuré par le GIR, présente une faible association avec la probabilité de recourir aux soins infirmiers pour les actes de soins. Avant contrôle du niveau d'offre d'infirmiers libéraux et de SSIAD dans les départements de résidence des individus, les personnes en GIR 3 et 4 sont associées à une probabilité de recourir aux soins infirmiers plus importante que les personnes en GIR 5 tandis que les personnes en GIR 1 et 2 ne présentent pas de résultats significatifs. Après introduction de l'offre de soins infirmiers, seul le résultat obtenu sur les personnes classées en GIR 4 reste significatif. Ainsi, la prise en charge de la toilette par les infirmiers libéraux chez les bénéficiaires de l'APA ayant déclaré le besoin d'une aide professionnelle pour se laver est peu associé au niveau de dépendance de la personne mais davantage à l'offre de soins infirmiers sur le territoire.

Tableau 3 : Résultats de la régression logistique sur le recours aux soins infirmiers par les bénéficiaires de l'APA qui déclarent recourir à l'aide humaine pour se laver

	Recours aux soins infirmiers	Recours aux soins infirmiers	Recours aux soins infirmiers
Gir 1 ou 2	0.820	0.538	0.577
	(1.92)	(1.17)	(1.23)
Gir3	1.049*	0.764	0.882
	(2.46)	(1.66)	(1.88)
Gir4	1.090*	1.038*	1.144*
	(2.51)	(2.22)	(2.42)
Référence : Gir 5			
Départements appartenant au premier quartile de densité d'infirmiers libéraux (<63 ETP pour 100 000 habitants)		-1.902***	-2.239***
		(-5.53)	(-6.01)
Départements appartenant au deuxième quartile de densité d'infirmiers libéraux (entre 63 et 86 ETP pour 100 000 habitants)		-2.510***	-2.551***
		(-7.13)	(-7.02)

Départements appartenant au troisième quartile de densité d'infirmiers libéraux (entre 87 et 140 ETP pour 100 000 habitants)		-1.045***	-1.293***
		(-3.48)	(-4.05)
Référence : Départements appartenant au quatrième quartile de densité d'infirmiers libéraux (plus de 140 ETP pour 100 000 habitants)			
Départements appartenant au premier quartile de taux d'équipement en SSIAD (<6,15 places pour 1000 habitants de 60 ans ou plus)			1.121**
			(3.08)
Départements appartenant au deuxième quartile de taux d'équipement en SSIAD (entre 6,16 et 6,85 places pour 1000 habitants de 60 ans ou plus)			0.869**
			(2.62)
Départements appartenant au troisième quartile de taux d'équipement en SSIAD (entre 6,86 et 7,85 places pour 1000 habitants de 60 ans ou plus)			0.796*
			(2.27)
référence : Départements appartenant au quatrième quartile de taux d'équipement en SSIAD (plus de 7,86 places pour 1000 habitants de 60 ans ou plus)			
_cons	-1.108**	0.344	-0.276
	(-2.87)	(0.73)	(-0.54)
N	383	383	383

t statistics en parenthèses

\* p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001

Sources : densité d'infirmiers libéraux : données SNIR 2008 ; taux d'équipement en place de SSIAD pour 1000 habitants âgés de 60 ans ou plus : données Drass, Drees 2008.

## Discussion

Nos résultats mettent en évidence un niveau de reste à charge plus modéré pour les bénéficiaires de l'ACTP-PCH par rapport à celui des bénéficiaires de l'APA. Ces restes à charge après intervention des régimes de base de l'Assurance maladie sont par définition plus élevés que ceux qui resteront véritablement à la charge des individus après intervention des couvertures complémentaires. De plus, la structure des restes à charge telle qu'elle apparaît après intervention de l'Assurance maladie obligatoire ne reflète pas nécessairement celle qui s'imposera à l'individu après intervention de l'assurance maladie complémentaire : la pharmacie, qui représente par exemple 26% des restes à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire pour les bénéficiaires de l'APA, pèsera moins sur le budget de l'individu compte tenu de la prise en charge généralement élevée de ce poste de dépense par les organismes de couverture complémentaire. La prise en charge par les couvertures complémentaires est en revanche moins généreuse pour des postes comme les dispositifs médicaux, qui risquent donc de peser plus lourdement sur le budget des ménages. Par ailleurs, si le taux de couverture complémentaire des bénéficiaires de l'ACTP-PCH est le même que celui des bénéficiaires de l'APA (90%), les conditions de l'accession à cette couverture ne sont pas symétriques, selon que l'on est âgé de moins ou de plus de 60 ans. 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). 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)). A ce jour, aucune donnée ne permet de caractériser le type de couverture complémentaire contracté spécifiquement par les personnes en situation de handicap âgées de moins de 60 ans. Le tarif annuel moyen des contrats individuels augmente fortement avec l'âge : il est de 396 euros à 20 ans, 600 euros à 40 ans, 900 euros à 60 ans et passe à 1152 euros à 75 ans (Jess, N. et al 2015). Par conséquent, même si le reste à charge avant intervention des complémentaires était identique de part et d'autre de la barrière d'âge de 60 ans, et que ces deux populations étaient majoritairement assurées par des contrats individuels de même niveau de couverture, 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. Dans ces conditions, l'écart qui existe entre le reste à charge des bénéficiaires de l'APA et celui des bénéficiaires de l'ACTP-PCH ne sera vraisemblablement pas résorbé après intervention des couvertures complémentaires mais éventuellement encore accentué.

La description de la structure des dépenses de santé et des restes à charge conduit à constater des différences assez sensibles entre les deux populations de bénéficiaires, ACTP/PCH d'un côté et APA de l'autre, qui reflètent sans doute des besoins différents, qui permettent donc de nuancer l'argument de similitudes des besoins parfois avancé par les partisans d'une suppression de la barrière d'âge de 60 ans qui scinde les deux dispositifs. Deux spécificités attirent particulièrement notre attention, le recours important à des infirmiers pour réaliser des actes de soins chez les bénéficiaires de l'APA et la forte consommation de dispositifs médicaux et de reste à charge des bénéficiaires de l'ACTP-PCH.

Le reste à charge des bénéficiaires de l'ACTP-PCH est composé à hauteur de 51% des dépenses en lien avec les dispositifs médicaux. Pour les bénéficiaires de la PCH, ce reste à charge lié aux dispositifs médicaux est susceptible d'être réduit par rapport à ce que l'on observe sur les données du SNIIRAM car la PCH peut intervenir en deuxième ligne après intervention de l'Assurance maladie pour compléter le remboursement pour certains dispositifs médicaux. Ainsi, pour toutes les aides techniques tarifées à plus de 3000€, le montant accordé au titre de la PCH s'ajoute à celui du remboursement de la Sécurité sociale. Malheureusement, les données actuellement disponibles ne permettent pas de prendre la mesure de l'allègement du reste à charge conféré par la PCH. Par ailleurs, la PCH permet également de financer des aides qui ne sont pas remboursées par la Sécurité sociale, telles que les aides à la mobilité personnelle (cyclomoteur) ou aides à la communication (tourne page...) (Espagnacq, 2012), ce qui contribue, là aussi, à faire baisser le reste à charge des personnes bénéficiaires de la PCH, mais notre étude ne permet pas non plus d'intégrer ces montants financés dans l'analyse car ces informations ne sont pas accessibles dans la base de données, ni dans l'appariement avec les données de l'Assurance maladie. Toutefois, ces éléments doivent être nuancés compte tenu du fait que le dispositif de la PCH n'intervient pas systématiquement, dès lors que la Sécurité Sociale intervient en première ligne et tant que l'arrêté du 28 décembre 2005 fixant les tarifs des éléments de la prestation de compensation ne propose pas des montants de remboursement supérieurs à ceux de la Sécurité sociale. Espagnacq (2012) donne un exemple de ce cas de figure : « *un fauteuil roulant non réversible non inclinable est remboursé à hauteur de 394,6 euros pour la Sécurité sociale ; pour ce fauteuil, la PCH n'intervient pas, car le montant du*

*remboursement est le même dans l'arrêté du 28 décembre 2005* » (Espagnacq, 2012). En tout état de cause, la PCH est un élément qui permet de limiter le reste à charge des individus qui ont des besoins d'aide technique, mais elle intervient finalement relativement marginalement au regard des fonds de compensation départementaux qui ont également pour finalité de limiter le reste à charge sur l'acquisition des aides techniques. Se limiter donc à une analyse des seules données de l'Assurance maladie –seule source disponible actuellement- lorsqu'on étudie la prise en charge des dispositifs médicaux permet donc d'avoir une première idée des restes à charge finaux qui pèsent sur l'assuré mais la finesse de l'estimation pourra être améliorée quand une meilleure visibilité des circuits de financement qui entrent en jeu aura été obtenue avec l'enquête Phèdre.

La place moins importante des dispositifs médicaux en niveau ainsi que dans la structure des dépenses et des restes à charge chez les bénéficiaires de l'APA interroge : est-ce la conséquence de besoins en dispositifs médicaux différents ? Existe-t-il du renoncement à l'achat de dispositifs médicaux pour cette population ? L'appariement de l'enquête HSM 2008 avec les données de l'Assurance maladie n'a porté que sur une seule année, ce qui ne correspond pas forcément à l'horizon temporel de l'acquisition de certains dispositifs médicaux tels que les fauteuils roulants. Un appariement avec les données de l'Assurance maladie portant sur un plus grand nombre d'années précédant l'enquête aurait sans doute été préférable pour repérer au cours du temps les acquisitions de dispositifs médicaux, en s'alignant par exemple sur la temporalité actée dans le volet « aide technique » de la PCH qui court sur trois ans.

L'aide pour réaliser la toilette, se trouve à la frontière entre le champ sanitaire et médico-social ; elle peut donc être prise en charge par une multiplicité d'acteurs (aides-soignants, infirmiers, proches aidant, ..) et de financeurs (l'assurance maladie, les conseils départementaux et les ménages) alors que d'autres besoins d'aide peuvent demeurer au contraire sans financement collectif, laissant l'assuré supporter seul des restes à charge qui peuvent être très élevés. Si l'aide pour réaliser la toilette est réalisée par un proche aidant, elle peut être en partie financée par l'ACTP, la PCH ou l'APA. De même si les ménages font appel à un Service d'Aide à Domicile (SAAD), les frais facturés peuvent être remboursés par l'ACTP, la PCH ou l'APA en partie s'ils font appel à un service autorisé non tarifé ou en totalité pour les services autorisés tarifés. Les personnes âgées de moins de 60 ans ou celles ayant eu un handicap avant 60 ans peuvent également faire appel à un Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) ou un Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) qui ne demande aucune participation financière de l'utilisateur et qui est financé pour les SAVS en totalité par le conseil départemental et pour les SAMSAH conjointement avec l'assurance maladie. L'enquête réalisée par la CNSA en 2007 sur le développement de ces services montre qu'il existe deux modèles de fonctionnement : soit une grande partie des services est externalisée auprès des différents prestataires partenaires (SAD, SSIAD, ...), et le rôle des SAMSAH est dans ce cas très concentré sur les fonctions de coordination, d'évaluation; soit au contraire le SAMSAH délivre les prestations médico-sociales. La prise en charge de la toilette dépendra donc des services et des territoires observés (Haas et Vigneron, 2013). La toilette peut également être réalisée par les SSIAD, accessibles pour les moins et les plus de 60 ans, qui ne demandent pas de contribution financière de l'assuré et qui sont financés par l'assurance maladie. Enfin, les usagers peuvent faire appel à des infirmiers libéraux qui seront en partie remboursés par l'assurance maladie qui laisse un ticket modérateur à la charge de l'utilisateur. Les toilettes réalisées par des infirmiers doivent normalement nécessiter une expertise médicale (présence d'escarre, ...). Nos résultats indiquent des taux de recours aux infirmiers libéraux pour les actes de soins plus importants chez les bénéficiaires

de l'APA (25%) que chez les bénéficiaires de l'ACTP/PCH (6%). Nous montrons que ce recours, chez les bénéficiaires de l'APA, dépend davantage de la densité départementale d'infirmiers libéraux et du nombre de places en SSIAD dans le département que du niveau de dépendance mesuré par l'appartenance à un GIR. De nombreuses questions restent en suspens sur le mode de prise en charge de la toilette ainsi que son coût et les montants de reste à charge des ménages que ce soit avant ou après 60 ans. Malheureusement, les données accessibles à ce jour ne permettent pas de répondre à ces questions.

Nos résultats qui tendent à se concentrer sur les populations bénéficiaires soit de l'ACTP-PCH soit de l'APA ne doivent pas faire oublier les résultats que l'on présente sur les personnes qui déclarent recourir à l'aide humaine sans toutefois bénéficier d'une reconnaissance administrative. Ces personnes peuvent elles aussi se retrouver avec des niveaux de restes à charge très élevés, sans pouvoir bénéficier de la prise en charge octroyée par la PCH pour l'acquisition de dispositifs médicaux par exemple, et sans que l'on sache véritablement si ces niveaux de restes à charge élevés sont susceptibles d'être écrêtés par les fonds de compensation départementaux.

Notre étude présente un certain nombre de limites.

Le faible nombre d'individus déclarant bénéficier de l'ACTP ou de la PCH ayant été apparié aux données Sniiram ne permet pas d'affiner les analyses sur des sous-populations telles que par exemple les personnes recourant à des infirmiers pour des actes de soins ou pour analyser un dispositif médical spécifique, etc.

Notre population de bénéficiaires de l'ACTP/PCH est très largement composée de bénéficiaires de l'ACTP, car le dispositif de la PCH était encore très récent au moment de la réalisation de l'enquête Handicap Santé Ménages. Une analyse qui porterait sur une population composée d'une proportion plus importante de bénéficiaires de la PCH serait de nature à produire des résultats un peu différents. On peut par exemple penser que la part des dispositifs médicaux tant dans la dépense des bénéficiaires que dans leur reste à charge pourrait s'accroître car la PCH offre potentiellement un avantage comparatif pour l'acquisition de certaines aides techniques.

Enfin, nous ne disposons pas des données relatives aux restes à charge des bénéficiaires de la PCH, après intervention du dispositif de la PCH, mais seulement des données après intervention des régimes de base de l'Assurance maladie.

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

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

Bourke-Taylor, H., et al. (2013). "Young children with cerebral palsy : families self-reported equipment needs and out-of-pocket expenditures " Child : care, health and development **40**(5): 654-662.



Burns, M., et al. (2010). "Why some disabled adults in Medicaid face large out-of-pocket expenses " Health Affairs **29**(8): 1517-1522.

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

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

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." Etudes et Résultats **819**.

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

Ghandour, R., et al. (2014). "Financial and nonfinancial burden among families of CSHCN : changes between 2011 and 2009-2010." Academic Pediatrics **14**(1): 92-100.

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

Goodwin, J. A., et al. (2013). "Personal financial effects of multiple myeloma and its treatment." Cancer Nurs **36**(4): 301-308.

Haas, S. et Vigneron, E. (2013). Les services à domicile sanitaires, sociaux et médico-sociaux. De l'analyse régionale à une mise en perspective nationale FEHAP. **2ème édition 2013**.

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.

Karaca-Mandic, P., et al. (2014). "Family out-of-pocket health care burden and children's unmet needs or delayed health care

" Academic Pediatrics **14**: 101-108.

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

Lengagne, P., et al. (2014). "L'accès aux soins dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques des personnes en situation de handicap en France. Une exploitation de l'enquête Handicap-Santé Ménages " Questions d'Economie de la Santé **197**.

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

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

Rupp, K., et al. (2005). "A profile of children with disabilities receiving SSI: highlights from the National Survey of SSI Children and Families." Soc Secur Bull **66**(2): 21-48.

Shattuck, P. T. et Parish, S. L. (2008). "Financial burden in families of children with special health care needs: variability among states." Pediatrics **122**(1): 13-18.

Tenand, M. (2015). Being dependent rather than disabled in France : does the institutional barrier at 60 affect care arrangements ? .

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

Wisk, L. et Witt, W. (2012). "Predictors of delayed or forgone needed health care for families with children " Pediatrics **130**(6).

Yu, H., et al. (2008). "Does public insurance provide better financial protection against rising health care costs for families of children with special health care needs? ." Medical Care **46**(10): 1064-1070.