Les personnes ayant des problèmes de santé ou de handicap sont plus nombreuses que les autres à faire part de comportements stigmatisants

Gérard Bouvier et Stéphane Jugnot *

Collectée en 2008, l'enquête *Handicap-Santé* permet pour la première fois de documenter statistiquement l'ampleur des discriminations liées à l'état de santé ou de handicap ressenties par les personnes vivant en France, dans des ménages ordinaires.

2,3 millions de personnes de 18 ans et plus vivant dans un logement ordinaire en France déclarent ainsi avoir subi des comportements stigmatisants au cours de leur vie en raison de leur état de santé ou de handicap : moquerie, mise à l'écart, traitements injustes ou refus de droit.

Les personnes ayant des problèmes de santé ou de handicap déclarent beaucoup plus fréquemment que les autres être confrontées à des comportements stigmatisants, et les plus jeunes sont particulièrement concernés. Ces expériences discriminatoires constituent donc une composante de leur vie. Ce constat est conforté lorsque les effets différenciés des caractéristiques sociodémographiques sur la propension à se dire discriminé sont pris en compte.

L'ampleur de cette surdéclaration varie selon la nature des altérations fonctionnelles subies et selon la façon de percevoir subjectivement son état de santé. En particulier, les personnes ayant des altérations fonctionnelles cognitives sont nettement plus nombreuses que les autres à se déclarer victimes de comportements stigmatisants. Une reconnaissance administrative de handicap est également associée à un surcroît de ressenti significatif d'expériences discriminatoires.

Une analyse plus fine suggère que des facteurs contextuels, transversaux aux différents types d'altérations fonctionnelles, comme l'existence de personnes pour les aider ou l'âge de survenue de l'altération fonctionnelle, pourraient jouer un rôle.

Rappel :

Les jugements et opinions exprimés par les auteurs n'engagent qu'eux mêmes, et non les institutions auxquelles ils appartiennent, ni *a fortiori* l'Insee.

* *Gérard Bouvier travaille au Département des statistiques, des études et de la documentation (Ministère de l'intérieur) et Stéphane Jugnot est chercheur associé au Crest. Ils ont tous les deux participé à la maîtrise d'ouvrage de l'enquête* Handicap-Santé.

L'état de santé et le handicap constituaient le deuxième motif de saisine de la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (Halde), que le Défenseur des droits a absorbé en 2011 (cf. tableau 1). Ils suivent de peu l'origine réelle ou présumée et devancent largement les motifs suivants. En valeur absolue, le nombre de plaintes enregistrées par la Halde pour ce motif peut sembler relativement faible : 2 370 en 2010. Cependant, il est probable que tous les actes discriminatoires ne donnent pas lieu une plainte. D'abord parce que les victimes d'actes discriminatoires n'en sont pas forcément conscientes. Ensuite, parce que les victimes ne portent pas systématiquement plainte. Dans ce domaine comme dans d'autres, chercher à mesurer les discriminations réelles reste difficile, voire inaccessible : les discriminations se constatent, plutôt qu'elles ne se mesurent. Certes, les analyses statistiques dites improprement « toutes choses égales par ailleurs » peuvent suggérer l'existence de discriminations potentielles, dont d'autres méthodologies permettent ensuite de valider ou non l'existence. Leur « mesure » des inégalités reste cependant conditionnelle aux modèles retenus, aux informations mobilisées et au degré de détail disponible dans les bases de données utilisées.

Pour les personnes en mauvaise santé ou en situation de handicap, l'exercice est par ailleurs plus difficile que pour d'autres groupes. De fait, elles sont plus nombreuses que les autres à connaître des situations défavorables, par exemple en matière scolaire (De Lacera *et al.*, 2003) ou sur le marché du travail (Amar et Amira, 2003 ; Ulrich, 2011). Une partie de ces désavantages résulte cependant de limitations objectives, qu'il n'est pas forcément facile d'appréhender de manière précise et robuste dans des enquêtes statistiques, d'autant plus qu'il faudrait aussi tenir compte des aménagements et des aides susceptibles de réduire ces limitations. La mise en œuvre de *testing* permet de suppléer en partie aux limites des analyses « toutes choses égales par ailleurs » en mettant directement en évidence l'existence de discriminations. Par exemple, la seule mention « cotorep » sur un *curriculum vitae*, sans préciser la nature du handicap, suffit à diviser par quinze le nombre de réponses favorables, soit beaucoup plus que d'autres critères, notamment l'origine réelle ou présumée (Amadieu, 2004). Le *testing* ne peut cependant être mis en œuvre que pour étudier certains processus sélectifs et ne s'appuie que sur une situation fictive et localisée.

Plutôt que de chercher à objectiver l'existence de situations discriminatoires, il peut donc sembler plus simple de partir du point de vue subjectif des victimes potentielles en leur demandant si elles pensent avoir déjà rencontré des comportements discriminatoires. Les discriminations ressenties ont ainsi été abordées en population générale dans quelques enquêtes de la statistique publique, notamment l'enquête *Histoire de vie*, collectée en 2003 et l'enquête *Trajectoires et Origines*, collectée en 2008. La première, consacrée à la construction des identités, surreprésente principalement les immigrés et les enfants d'immigrés. Elle contient en fin de questionnaire un module détaillé sur les discriminations ressenties, leur contexte, leur nature, leurs conséquences (Algava et Bèque, 2006). La seconde, consacrée aux parcours des immigrés et des enfants d'immigrés, surreprésente aussi les immigrés et les enfants d'immigrés. Elle aborde les discriminations ressenties à plusieurs reprises dans son questionnaire (Beauchemin *et al.*, 2010). Ces deux enquêtes permettent de calculer des indicateurs de discriminations ressenties en population générale, sur le champ des personnes vivant en ménages ordinaires. D'autres enquêtes ont abordé les discriminations ressenties sur des populations très ciblées, comme les enquêtes *Génération* du Cereq,

Tableau 1
Principaux motifs de saisine de la Halde

En %

	2008	2009	2010
Origine réelle ou présumée	29	28,5	27
Santé-Handicap	20	18,5	19
Sexe	4	6,5	4,5
Grossesse	2	2,5	4,5
Activités syndicales	5	6	5
Âge	7	5,5	6

Lecture : en 2010, 19 % des saisines de la Halde concernaient des discriminations présumées imputées à l'état de santé ou de handicap.
Source : rapport annuel 2011 du Défenseur des droits.

collectées auprès des jeunes sortants du système éducatif ou l'enquête *Parcours et profils de migrants*, menée par la Drees en 2006 et 2007 auprès d'une partie des « primo-arrivants ».

Aucune de ces enquêtes ne permet de documenter les discriminations ressenties par les personnes connaissant des problèmes de santé ou de handicap, leur échantillon et leur questionnaire n'étant pas adapté à cet objectif. L'enquête *Handicap-Santé*, collectée en 2008 auprès des personnes vivant dans des logements ordinaires (cf. encadré 1), comble cette lacune en permettant de documenter partiellement ce sujet. D'une part, parce que son échantillon surreprésente les personnes en situation potentielle de handicap ou de dépendance. D'autre part, parce que son questionnaire très riche permet de délimiter différents groupes de population potentiellement concernés en mobilisant plusieurs dimensions, en particulier les perceptions subjectives de l'état de santé ou de handicap, les altérations fonctionnelles subies et l'existence d'une reconnaissance administrative du handicap. Il est donc possible de quantifier l'importance des expériences discriminatoires ressenties par les personnes souffrant de problèmes de santé ou de handicap, qu'elles les imputent ou non à leur état. La mesure des surdéclarations de comportements stigmatisants peut être affinée en tenant compte de la propension à déclarer de tels comportements par les personnes non concernées par des problème de santé ou un handicap, selon leurs caractéristiques sociodémographiques. Au-delà de cette approche descriptive, des régressions logistiques sont ensuite mises en œuvre pour voir si, parmi les différentes variables utilisées pour décrire les personnes ayant des problèmes de santé ou de handicap, certaines sont plus associées que d'autres à une surdéclaration d'expériences discriminatoires.

Comme dans de nombreuses enquêtes, la personne enquêtée n'a pas toujours répondu elle-même. Un proche a alors pu répondre à sa place. C'était le cas lorsque la personne à enquêter avait moins de seize ans. Ce pouvait être aussi le cas lorsque la personne à enquêter était absente du logement pendant la période d'enquête ; si la personne était inapte à répondre pour des raisons de santé ou de handicap ou si les parents d'une personne mineure de plus de seize ans refusaient qu'elle réponde. Conformément à l'habitude, ces réponses sont intégrées aux statistiques descriptives de façon à retrouver des données cohérentes avec celle de la population totale. Ce choix ne va pas de soi pour des questions d'opinion ou sur les ressentis individuels. Plutôt que d'exclure systématiquement de l'analyse les réponses données par des proxys, l'analyse a été restreinte aux personnes majeures, pour lesquelles la proportion de proxys est faible. Cette proportion est en effet de 63 % pour les personnes de 17 ans

Encadré 1

L'ENQUÊTE *HANDICAP-SANTÉ* 2008-2009

L'enquête *Handicap-Santé* a été réalisée par l'Insee et la Drees, pour fournir des informations sur l'état de santé des Français et sur la prévalence des situations de handicap et de dépendance (Bouvier, 2011a, 2011b). Associant pour la première fois ces deux thèmes, elle succède à l'enquête *Santé* de 2003 et à l'enquête *Handicap-incapacité-dépendance* de 1998-2001 (Mormiche, 2001).

Son questionnaire aborde d'abord l'état de santé des personnes, leurs comportements alimentaires et l'intensité des recours au soin. Il aborde ensuite les déficiences, les limitations fonctionnelles et les restrictions d'activité que les personnes peuvent subir, en lien avec les aides humaines et techniques dont elles bénéficient ou non. Il aborde également plusieurs dimensions de la participation sociale, notamment la formation initiale et la situation au regard de l'emploi. Un court module sur les discriminations ressenties clôt l'interrogation.

Si la plupart des enquêtes auprès des personnes sont collectées uniquement auprès des personnes vivant dans des ménages ordinaires, les objectifs de l'enquête *Handicap-Santé* ont conduit à enquêter également les personnes vivant dans les établissements psychiatriques, les établissements pour adultes handicapés et les établissements pour personnes âgées ou dépendantes. Le volet « Ménages » a été collecté en 2008 auprès d'environ 30 000 personnes. Comme pour l'enquête *Handicap-incapacité-dépendance*, une enquête filtre a été réalisée en amont de ce volet de façon à surreprésenter les personnes présumées en situation de handicap : l'enquête *Vie quotidienne et Santé* de 2007 (Midy, 2009). Le volet « Institutions » a été collecté l'année suivante, auprès de 9 000 personnes.

La présente étude ne porte que sur les 29 931 personnes ayant répondu à l'enquête dans le cadre du volet « Ménages ». La plupart des analyses présentées s'appuient sur les réponses des 26 437 personnes âgées de 18 ans ou plus, de façon à limiter l'utilisation de réponses fournies par des proxys. Pour cette même raison, le volet « Institution » n'a pas été utilisé.

ou moins, 12 % pour les 18-24 ans, 5 % pour les 25-54 ans et 6 % pour les 55 ans et plus. Les analyses portent donc sur les personnes de 18 ans et plus vivant en ménages ordinaires en France, départements d'outre-mer compris.

2,4 millions des personnes majeures déclarent avoir été victimes de comportements stigmatisants en raison de leur état de santé ou d'un handicap

Selon l'enquête *Handicap-Santé* de 2008, 23 % des personnes majeures vivant dans des logements ordinaires en France déclarent avoir été victimes de comportements stigmatisants au cours de leur vie, dont 5 % en raison de leur état de santé ou d'un handicap. Plus exactement, 10,9 millions de personnes répondent positivement à la question suivante : « Au cours de votre vie, est-il arrivé que l'on se moque de vous, que l'on vous mette à l'écart, que l'on vous traite de façon injuste ou que l'on vous refuse un droit ? ». Parmi elles, 2,4 millions répondent positivement à la question suivante : « Est-ce à cause de votre état de santé ou de handicap ? ». Même si ces questions ne portent pas sur une période rétrospective limitée et si certains comportements stigmatisants listés n'entrent pas sous le coup des dispositions légales sanctionnant les discriminations, cet effectif est sans commune mesure avec le nombre de plaintes associées au critère handicap-santé enregistrées par la Halde. Ce décalage n'est ni spécifique aux discriminations liées à l'état de santé ou de handicap, ni aux expériences discriminatoires en général. Par leur antériorité, les enquêtes de victimation, qui ont été mises en œuvre à partir de la fin des années 1970 aux États-Unis (Fatman, 1981) et depuis la fin des années 1990 en France, apportent un éclairage utile, même si les discriminations ne figurent généralement pas dans les items proposés dans ces enquêtes. Pourtant, les discriminations sont sanctionnées par le code pénal. De plus, certaines expériences discriminatoires peuvent relever d'injures ou être vécues comme des violences verbales ou physiques qui, elles, sont couvertes par ce type d'enquêtes. Dans une enquête ponctuelle et territorialement ciblée, Mucchielli *et al.* (2013) font ainsi le choix explicite d'intégrer les discriminations parmi les genres de victimation proposés.

De façon générale, les enquêtes de victimation montrent que le recours au droit est très variable selon la nature des crimes et des délits et qu'en particulier, les injures, comme les menaces, conduisent rarement à des plaintes (Carrasco *et al.*, 2011). Elles montrent aussi qu'un acte identique peut être ressenti de façon différente selon les personnes ; qu'il peut ou non rester en mémoire. Cette sensibilité peut évoluer selon l'âge et selon les circonstances. Les discours politiques, les débats publics, les campagnes de sensibilisation peuvent ainsi jouer un rôle (Aubusson *et al.*, 2003). S'appuyant sur plusieurs expériences états-uniennes, Grémy (2001) rappelle que le lien avec les personnes impliquées joue également, avec une sous-déclaration des actes impliquant des proches, et que les réponses sont plus fiables pour les évènements récents. Étudiant les défaillances de la mémoire, il montre que même lorsque l'interrogation porte sur une période passée courte (deux ans), le nombre d'occurrences d'évènements déclarés décroît avec l'ancienneté, dans des proportions qui varient selon la nature des faits. En particulier, les remémorations seraient moins biaisées pour les atteintes aux biens que les atteintes aux personnes, notamment les injures (Grémy, 2007).

S'agissant plus spécifiquement des discriminations ressenties, Epiphane *et al.* (2011) montrent aussi qu'au delà des facteurs individuels, la non-déclaration peut aussi traduire des contraintes sociales. Celles-ci peuvent conduire les personnes discriminées à intérioriser et naturaliser les discriminations qu'elles subissent au point de ne pas les déclarer, voire de les excuser. S'appuyant sur des entretiens qualitatifs réalisés auprès de personnes ayant préalablement déclaré avoir été victimes de discriminations dans une enquête statistique, leur étude suggère notamment une plus grande facilité à entrer en résistance et à désigner comme discrimination des discriminations racistes plutôt que des discriminations sexistes, ce qui s'expliquerait par une illégitimité sociale plus grande des premières par rapport aux secondes. Le même phénomène pourrait exister pour les discriminations en matière de santé et de handicap, par exemple si l'acceptation sociale des déficiences varie selon leur nature ou leur visibilité. Il pourrait aussi se manifester si certaines situations de handicap ou de dépendance ne sont pas d'abord perçues comme relevant de ce champ, notamment parce qu'à partir d'un certain âge, elles pourraient aussi être associées au vieillissement.

Les expériences discriminatoires déclarées sont ainsi subjectives au sens où elles combinent les expériences réellement vécues, la capacité à les qualifier comme discriminatoires et la capacité à les exprimer auprès de l'enquêteur, capacités susceptibles d'être socialement marquées et éventuellement biaisées par d'autres expériences

personnelles, par le point de vue de l'entourage ou par les discours publics. Cette subjectivité conduit également à une mesure relative, sensible au protocole d'enquête (cf. encadré 2). Cela étant, s'il est difficile de savoir si la discrimination ressentie surestime ou sous-estime la réalité des discriminations subies, il ne faudrait pas non plus opposer une réalité objective et sa perception subjective pour évacuer cette dernière. Celle-ci doit au contraire être considérée comme une composante des expériences individuelles vécues dont il faut, en tant que telle, tenir compte.

Encadré 2

LE PROTOCOLE D'ENQUÊTE INFLUENCE LA MESURE DES DISCRIMINATIONS RESSENTIES

En France, trois enquêtes de la statistique publique proposent des mesures de la discrimination ressentie en population générale : l'enquête *Histoire de vie*, collectée en 2003 ; l'enquête *Trajectoires et Origines*, collectée en 2008, et l'enquête *Handicap-Santé*, collectée la même année. Les mesures qu'elles proposent diffèrent fortement : sur le champ commun des personnes de 18 à 50 ans vivant en ménages ordinaires en France métropolitaine, le taux de personnes déclarant avoir subi des comportements ou des attitudes discriminatoires est respectivement de 40 % dans l'enquête *Histoire de vie*, 14 % dans l'enquête *Trajectoires et Origines* et 27 %, dans l'enquête *Handicap-Santé*. L'expérience de comportements ou d'attitudes discriminatoires liées à l'état de santé ou à une situation de handicap est rapportée par, respectivement, 4 %, 1 % et 6 % des personnes. Par comparaison, selon l'eurobaromètre 2008 commandé par l'Union européenne, 15 % des personnes de 15 ans ou plus déclarent avoir subi des discriminations en France, proportion réduite à 2 % pour celle liées à un handicap (cf. tableau A).

La différence de période de référence explique une partie des écarts observés : l'enquête *Histoire de vie*, comme l'enquête *Handicap-Santé*, porte sur toute la vie, quand l'enquête *Trajectoires et Origines* fait référence aux cinq dernières années et l'eurobaromètre aux douze derniers mois. Les périodes courtes réduisent mécaniquement les occurrences déclarées, d'autant que l'enquête *Histoire de vie* montre que, quel que soit leur âge, certains adultes se réfèrent à des épisodes intervenus pendant leur enfance et à l'école lorsqu'ils déclarent avoir déjà subi des comportements stigmatisants. Ces épisodes sortent de la fenêtre d'observation quand la période de référence est courte. Cette différence n'explique pas tout ; la différence de date de collecte entre l'enquête *Histoire de vie*, collecté en 2003, et les trois autres, collectées en 2008, non plus. Les écarts observés suggèrent plutôt une sensibilité des résultats aux modalités du questionnement. Seule une expérimentation proposant aléatoirement différents questionnaires permettrait d'étudier l'ampleur de ces écarts. La lecture des questionnaires de ces enquêtes permet cependant de mettre en évidence quatre questions méthodologiques principales, sur lesquelles les concepteurs de ces enquêtes ont dû faire des choix (cf. tableau B).

Premièrement : nommer explicitement les « discriminations » ou non. Le questionnaire de l'enquête *Histoire de vie* ne le fait pas et privilégie une énumération d'attitudes et de situations précisément décrites : « Est-il arrivé que l'on se moque de vous, que l'on vous mette à l'écart, que l'on vous traite de façon injuste ou que l'on vous refuse un droit à cause de votre sexe, de votre âge, de votre état de santé ou d'un handicap que vous avez... ? ». Les concepteurs précisent que le questionnaire « *omet volontairement toute mention du terme* discrimination, *pour se référer le plus possible à des situations concrètes. De ce fait, il a conduit les personnes enquêtées à rapporter des évènements de natures très différentes, dans leur importance subjective, comme dans leurs conséquences. De plus, les* comportements discriminatoires *ainsi repérés ne sont pas tous susceptibles d'être sanctionnés par la loi* » (Algava et Bèque, 2006). Les concepteurs de l'enquête *Handicap-Santé* ont choisi de retenir la même formulation, sans rendre pour autant réellement comparable les résultats des deux enquêtes. Cette formulation large nous conduit à parler dans cet article de « comportements stigmatisants », suivant en cela Olivier Galland (2006). Les concepteurs de l'enquête *Trajectoires et Origines* ont fait le choix inverse en parlant explicitement de « discriminations » dans leur question : « Au cours des cinq dernières années, pensez-vous avoir subi des traitements inégalitaires ou des discriminations ? ». L'eurobaromètre préfère, lui aussi, une formulation directe : « Au cours des douze derniers mois, vous êtes vous personnellement senti discriminé ou harcelé à cause de l'une ou plusieurs des raisons suivantes... ? ».

Deuxièmement : une question en deux temps ou non. L'enquête *Histoire de vie*, comme l'eurobaromètre, liste d'emblée des motifs possibles de comportements stigmatisants. Au contraire, l'enquête *Handicap-Santé*, comme l'enquête *Trajectoires et Origines*, privilégie un questionnement en deux temps en demandant d'abord si la personne a déjà subi des discriminations puis, pour ceux qui ont répondu positivement, le motif perçu. D'un côté, l'énumération directe des motifs peut rappeler à l'enquêté des événements auxquels il n'aurait pas forcément pensé parce qu'ils ne renvoient pas aux motifs de discriminations les plus présents dans le discours publics (l'enquête *Histoire de vie* évoque par exemple le *look*, le niveau de diplôme, les caractéristiques de ses proches). De l'autre, le questionnement en deux temps, sans mention explicite de motifs au départ, évite que l'indicateur général de discriminations ressenties ne soit biaisé par la liste des motifs présentés, facilitant les comparaisons entre des enquêtes qui, pour des raisons de durée de questionnaire et de thématique abordée, ne souhaiteraient pas utiliser une longue liste de motifs possibles. ➔

Encadré 2 (suite)

Troisièmement : le nombre de motifs énumérés. L'enquête *Histoire de vie* énumère dix-sept motifs possibles de comportements stigmatisants contre douze dans l'enquête *Trajectoires et Origines*, sept dans l'eurobaromètre et un seul dans l'enquête *Handicap-Santé.* Pour celle-ci, il s'agit d'isoler uniquement les comportements reliés à l'état de santé ou à une situation de handicap.

Quatrièmement : le positionnement des discriminations dans l'économie générale du questionnaire. Dans l'enquête *Histoire de vie* comme dans l'enquête *Handicap-Santé*, l'enquêté est interrogé sur son sentiment général en ouverture d'un module placé à la fin d'un questionnaire dont les thématiques générales étaient autre. Dans l'enquête *Trajectoires et Origines*, le module prend place en fin de questionnaire mais auparavant plusieurs situations concrètes de discrimination ont été abordées tout au long du questionnaire, au fil des thématiques abordées successivement : à l'école, dans la notation, l'orientation, les sanctions, la façon de s'adresser à soi ; au travail, par

Tableau A
Comparaison de quatre enquêtes sur la déclaration de discriminations ressenties (résultats)

En %

	Histoire de Vie (Insee, 2003)	*Trajectoire et Origines* (Insee, Ined, 2008)	*Handicap-Santé* (Insee, 2008)	Eurobaromètre 2008
Champs	Population des 18-50 ans en ménages ordinaires en France métropolitaine			Population des 15 ans et plus
Personnes déclarant avoir déjà subi des comportements stigmatisants	39,6	13,7	26,7	16
Motifs déclarés :				
État de santé ou handicap	3,5	0,8	6,1	
Un handicap				2
Poids ou taille	11,4			
Tenue vestimentaire ou look	8,3			
Nom ou prénom	9,4			
Façon de s'habiller		1,2		
Façon de parler (accent, maîtrise de la langue)	6,2			
Accent ou façon de parler		0,8		
Situation professionnelle ou niveau d'instruction	4,5			
Région ou pays d'origine	4,6			
Origine ou nationalité		5		
Couleur de peau	3,8	2,8		
Origine ethnique				2
Âge	4,5	1,7		7
Situation de famille	3,2	0,9		
Opinions politiques, syndicales ou religieuses	2,6			
Religion ou convictions				1
Religion		0,7		
Sexe	3	2,3		2
Lieu de vie	2,8			
Lieu de vie ou réputation du quartier		1,1		
Caractéristiques de vos proches, parents, amis	2,5			
Appartenance à une organisation politique ou syndicale	0,8			
Orientation sexuelle	0,5	0,3		0
Autres	3,8	3,1		5

➔

Les personnes ayant des problèmes de santé ou de handicap déclarent plus souvent que les autres avoir subi des comportements stigmatisants

Comparer les expériences rapportées par les personnes ayant des problèmes de santé ou de handicap et celles du reste de la population nécessite de préciser d'abord la façon de repérer ces personnes. Cet exercice est difficile et pour une part arbitraire car plusieurs approches sont possibles et historiquement marquées pour les spécialistes du handicap (cf. encadré 3). Trois approches complémentaires ont été retenues. La première s'appuie sur les perceptions subjectives qu'ont les personnes sur leur état de santé général. Elle permet de distinguer trois sous-populations en partie

Encadré 2 (suite)

les tâches attribuées, les horaires imposés, ou le dénigrement, etc. Dans l'eurobaromètre, la question prend place au début d'un module centré sur la thématique des discriminations, juste après avoir abordé l'avis de l'enquêté sur la situation générale de son pays au regard des discriminations.

L'absence de protocole d'enquête harmonisé rend donc difficile les comparaisons entre enquêtes mais, ce faisant, elle met en évidence la difficulté qu'il y aurait à utiliser les perceptions subjectives pour mesurer le degré d'exposition aux actes et attitudes discriminantes. Par ailleurs, elle ne remet pas en cause l'intérêt des exploitations internes à chaque enquête pour étudier les écarts entre différents groupes, même si le questionnement influence sans doute aussi ces écarts.

Cela étant, la mise en place de modules de questionnement standardisés entre les différentes enquêtes de la statistique publique qui abordent les discriminations ressenties faciliterait les études comparatives dans le temps et entre groupes. Dans ce cadre, il y aurait sans doute intérêt à définir une période de référence identique et courte, comme dans le cas des enquêtes de victimation, puis à détailler la nature, le contexte et les effets des comportements stigmatisants en les rapportant à un événement précis et identifié.

Tableau B
Comparaison de quatre enquêtes sur la déclaration de discriminations ressenties (caractéristiques)

	Histoire de Vie (Insee, 2003)	*Trajectoire et Origines* (Insee, Ined, 2008)	*Handicap-Santé* (Insee, 2008)	Eurobaromètre 2008
Mode de questionnement	Face-à-face	Face-à-face	Face-à-face	Face-à-face
Populations surreprésentées dans l'échantillon	Immigrés, enfants d'immigrés, personnes présumées en mauvaise santé ou avec handicap	Immigrés, enfants d'immigrés	Personnes présumées en mauvaise santé ou avec handicap	
Nombre de répondants :	4 605	18 781	8 816	1 054
Dont :				
Déclarant des discriminations	1 827	4 487	2 926	nd
Déclarant des discriminations liées à l'état de santé ou un handicap	209	133	1 260	nd
Utilisation du mot « discrimination »	Non	Oui	Non	Oui
Type de questionnement	Une seule question avec énumération successive de 17 items	1re question sur l'expérience de discriminations. Si oui, 2e question sur le motif présumé, avec énumération de 12 items.	1re question sur l'expérience de stigmatisations. Si oui, 2e question pour savoir si l'état de santé ou un handicap en est la raison	Une seule question avec énumération successive de 7 items
Période de référence	Toute la vie	Cinq dernières années	Toute la vie	Douze derniers mois

disjointes : les personnes qui déclarent un état de santé dégradé, celles qui déclarent des restrictions globales d'activité et celles qui déclarent des maladies chroniques. La seconde approche s'appuie sur des informations plus factuelles pour repérer les personnes qui ont des altérations fonctionnelles. Ces dernières sont ici définies par la combinaison d'une ou plusieurs déficiences et de limitations fonctionnelles associées – par exemple, être malvoyant (déficience) et avoir du mal à voir de près ou de loin, même avec des lunettes (limitation fonctionnelle). La taille de l'échantillon et la nécessité de faciliter une analyse synthétique a conduit à distinguer trois familles d'altérations fonctionnelles : les altérations fonctionnelles motrices, les altérations fonctionnelles sensorielles et les altérations fonctionnelles cognitives. La dernière approche est administrative. Elle isole les personnes qui bénéficient d'une reconnaissance administrative, sous une forme ou sous une autre. L'encadré 4 présente de façon plus précise comment les personnes concernées par ces trois approches ont pu être repérées à partir du questionnaire de l'enquête.

Ces différentes définitions ne font pas appel aux limitations d'activité ou aux restrictions de participation sociale que les déficiences peuvent engendrer ou non. Elles ne correspondent donc

Encadré 3

DÉFINIR L'ÉTAT DE SANTÉ ET LES SITUATIONS DE HANDICAP

Au début des années 1980, une conception linéaire du handicap s'impose à la suite des travaux de Philip Wood. Ils inspirent la première classification internationale des déficiences, incapacités et handicap (CIDIH), mise en place par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1980, d'abord à titre expérimental. Une seconde version de cette classification internationale du handicap a été adoptée quelques années plus tard, après une phase de tests et de consultations. Cette deuxième version a servi de cadre conceptuel pour l'enquête *Handicap-incapacité-dépendance* de 1998-2001.

L'approche de Wood est structurée par un enchaînement causal. À l'origine, une maladie ou un accident crée une ou plusieurs « déficiences » (paralysie, amputation, …). Celles-ci peuvent donner lieu à des « incapacités », c'est-à-dire une impossibilité ou une difficulté à accomplir des actes précis (marcher, s'habiller, …). Les incapacités, partielles ou absolues, peuvent alors empêcher l'individu de s'inscrire dans les normes sociales usuelles. Il subit alors des « désavantages ». Les déficiences, les incapacités et les désavantages constituent ainsi trois dimensions imbriquées du handicap dont les frontières bougent selon la façon de les articuler, selon le degré de détail avec lequel elles sont appréhendées et selon les seuils arbitraires choisis pour distinguer une atteinte minime d'une atteinte importante. Comme le note Pierre Mormiche (2000), « *le handicap se conjugue au pluriel* ».

Cette approche causale linéaire – qui correspond à un point de vue plutôt médical – a été remise en cause, tant pour des raisons scientifiques que politiques. Les débats ont conduit à adopter une nouvelle classification : la classification internationale du fonctionnement et de la santé (CIF). Celle-ci privilégie un schéma plus complexe qui prend davantage en compte les interrelations entre les aspects médicaux et les aspects sociaux et environnementaux.

D'un côté, l'état de santé, les déficiences et les limitations fonctionnelles déterminent l'état fonctionnel de l'individu. D'un autre côté, l'existence ou non d'aides techniques, d'aides humaines, les aménagements du logement, des équipements publics, des postes de travail, l'attitude des tiers composent un environnement plus ou moins favorable. Des restrictions de participation sociale, comme l'accès à l'éducation, à l'emploi, à une vie familiale, se développent alors de façon plus ou moins importante à la conjonction de ces deux dimensions.

Cette approche, qui n'est pas sans rappeler la logique des « capabilités » d'Amartya Sen, conduit à parler de « situations de handicap » plutôt que de « personnes handicapées ». C'est dans ce cadre que s'inscrit la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances lorsqu'elle définit le handicap comme « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

C'est aussi cette logique qui a structuré le questionnaire de l'enquête *Handicap-Santé*. Elle n'a toutefois pas été retenue pour la présente étude parce que sa mise en œuvre aurait nécessité un exercice très subjectif et techniquement compliqué pour définir des situations « normales » puis positionner chaque individu par rapport à cette norme. Par ailleurs, si les comportements discriminatoires participent du contexte environnemental qui facilite ou non la participation sociale, on peut inversement faire l'hypothèse que l'expression d'un sentiment de discrimination résulte des difficultés ressenties dans les diverses composantes de la participation sociale. On peut alors vouloir expliquer les différences de propension à se dire discriminé à état fonctionnel similaire par des informations relatives à la participation sociale des personnes. Pour cela, il ne faut pas utiliser cette dimension pour définir les différents groupes de population.

pas à proprement parler à des situations de handicap. Par simplicité de langage, les personnes concernées sont désignées comme « ayant des problèmes de santé ou de handicap ». Au total, parmi les personnes de 18 ans ou plus vivant en ménage ordinaire, 52 % déclarent avoir un état de santé dégradé, des restrictions globales d'activité ou une maladie chronique, 16,5 % ont des altérations fonctionnelles et 6,8 % une reconnaissance administrative de handicap. *A contrario*, 46 % ne sont dans aucune de ces situations ; elles serviront de population de référence.

Les personnes concernées par ces différentes définitions n'ont pas les mêmes caractéristiques sociodémographiques (cf. annexe 1) et ne se recouvrent que partiellement (cf. graphique I). En particulier, 77 % des personnes ayant des altérations fonctionnelles n'ont pas de reconnaissance administrative de handicap et, réciproquement, 43 % des personnes ayant une reconnaissance administrative de handicap n'ont pas d'altérations fonctionnelles repérées dans l'enquête. Par ailleurs, 25 % des personnes ayant des altérations fonctionnelles déclarent avoir un bon état de santé, 24 % ne déclarent pas être limitées dans leurs activités et 20 % ne déclarent pas de maladie chronique. Cette diversité des approches possibles et leur caractère non emboité justifie de ne pas en privilégier une au détriment des autres dans les analyses.

Encadré 4

REPÉRAGE DES PERSONNES AYANT DES PROBLÈMES DE SANTÉ OU DE HANDICAP POUR CETTE ÉTUDE

L'état de santé déclaré est ici défini à partir des réponses aux trois questions du « mini module européen » qui ouvrent le questionnaire de l'enquête *Handicap-Santé*, avant qu'il n'aborde de façon détaillée et factuelle l'état de santé et les différentes composantes des situations de handicap :

- *Personnes déclarant un état de santé dégradé* : personnes qui ont répondu « assez bon », « mauvais » ou « très mauvais » à la question « Comment est votre état de santé en général ? » (les modalités alternatives étant « très bon » ou « bon »).

- *Personnes déclarant des restrictions globales d'activité* : personnes qui ont répondu « oui, fortement limité » ou « oui, limité mais pas fortement » à la question « Êtes-vous limité depuis au moins six mois à cause d'un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement ? » (la modalité alternative étant « non, pas limité du tout »).

- *Personnes déclarant une maladie chronique* : personnes qui ont répondu « oui » à la question « Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ? » (la modalité alternative étant « non »).

Les indicateurs d'altération de l'état fonctionnel reprennent ceux construits de façon *ad hoc* par Gérard Bouvier et Xavier Niel (2010), en combinant les réponses aux questions factuelles posées sur les déficiences subies, d'une part, et celles relatives aux limitations fonctionnelles subies, d'autre part. Plus précisément, les déficiences et les limitations fonctionnelles ont d'abord été regroupées selon leur nature, afin de disposer d'un nombre de répondants suffisant dans chacun des cas et dans la perspective d'une exploitation synthétique. Ces regroupements reprennent les grands ensembles qui structurent le questionnaire de l'enquête : les déficiences motrices, sensorielles ou cognitives, d'une part ; les limitations motrices, visuelles, auditives, comportementales ou intellectuelles, d'autre part. Trois types d'altérations fonctionnelles ont ensuite été définis en couplant les déficiences avec les limitations connexes :

- *Personnes ayant une altération fonctionnelle motrice* : personnes déclarant au moins une déficience motrice (paralysie, amputation, gêne dans les articulations, ...) et au moins une limitation fonctionnelle motrice (avoir beaucoup de difficultés à se baisser, s'agenouiller, lever le bras, porter des charges lourdes, marcher sans aides techniques, …).

- *Personnes ayant une altération fonctionnelle sensorielle* : personnes déclarant au moins une déficience sensorielle (cécité ou malvoyance, surdité totale ou partielle, …) et au moins une limitation fonctionnelle sensorielle (avoir beaucoup de difficultés à voir de près ou de loin même avec des lunettes, à entendre une conversation avec plusieurs personnes même avec un appareil, …).

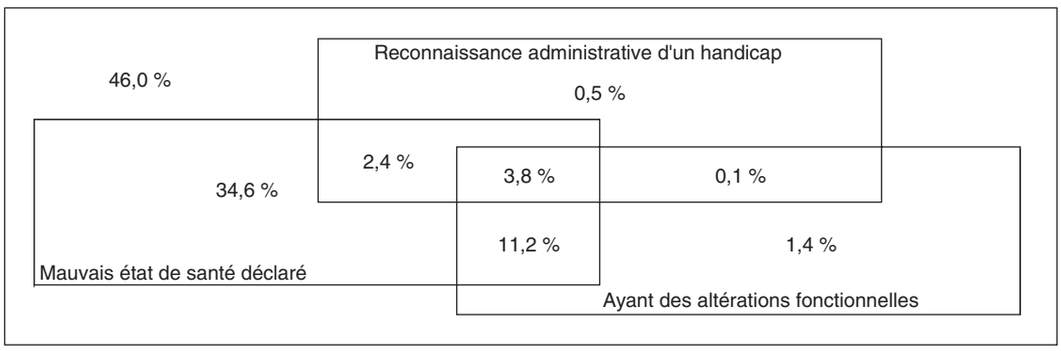
- *Personnes ayant une altération fonctionnelle cognitive* : personnes déclarant au moins une déficience cognitive (troubles du comportement, de l'apprentissage, du langage ou de compréhension, …) et au moins une limitation fonctionnelle cognitive (se mettre souvent en danger, être souvent impulsif ou agressif, avoir beaucoup de difficultés à se concentrer, avoir fréquemment des trous de mémoire, ...).

L'indicateur de reconnaissance administrative du handicap reprend la définition retenue par Valérie Ulrich (2011). Elle s'appuie sur les nombreuses questions qui impliquent une reconnaissance administrative d'une situation de handicap : la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé auprès d'une maison départementale des personnes handicapées, la détention d'une carte d'invalidité, d'une carte d'invalide de guerre, le bénéfice de l'allocation aux adultes handicapés, de la pension d'invalidité, …

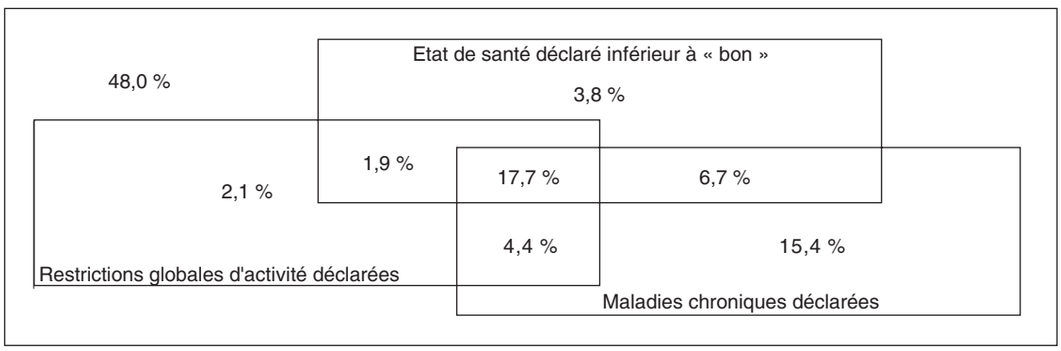
Quelle que soit la définition retenue, les personnes ayant des problèmes de santé ou de handicap déclarent plus souvent que les autres avoir subi des comportements stigmatisants. Dans la population de référence, 19 % des personnes âgées de 18 ans ou plus déclarent en avoir déjà rencontré. Elles sont 26 % parmi les personnes ayant des problèmes de santé ou de handicap. Plus précisément, 25 % des personnes déclarant un mauvais état de santé, des limitations d'activité ou des maladies chroniques déclarent des comportements stigmatisants ; c'est également le cas de 30 % des personnes ayant des altérations fonctionnelles et de 35% des personnes ayant une reconnaissance administrative du handicap. Une partie importante de l'écart observé avec la population de référence correspond à des comportements stigmatisants directement imputés par les victimes à leur état de santé ou de handicap : 7 % des personnes âgées de 18 ans ou plus déclarant un mauvais état de santé, des limitations d'activité ou des maladies chroniques font état de telles expériences ; 13 % des personnes ayant des altérations fonctionnelles

Graphique I
Articulation des trois approches retenues pour définir les personnes ayant des problèmes de santé ou de handicap

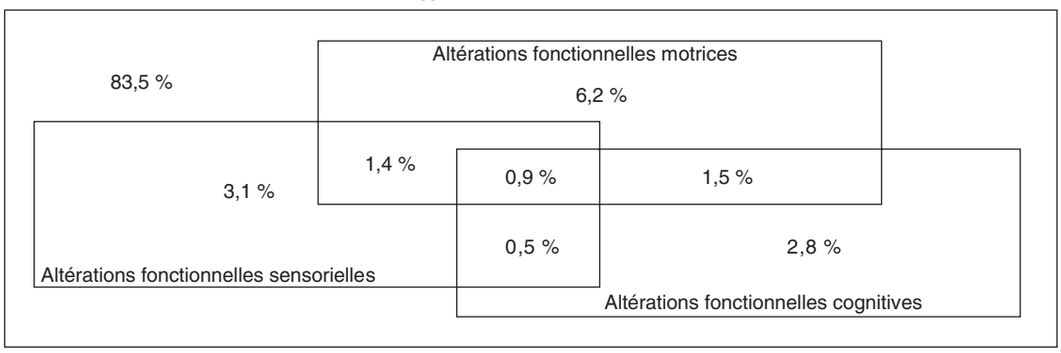
Les trois types d'approches



Les trois dimensions du mauvais état de santé déclaré



Les trois types d'altérations fonctionnelles



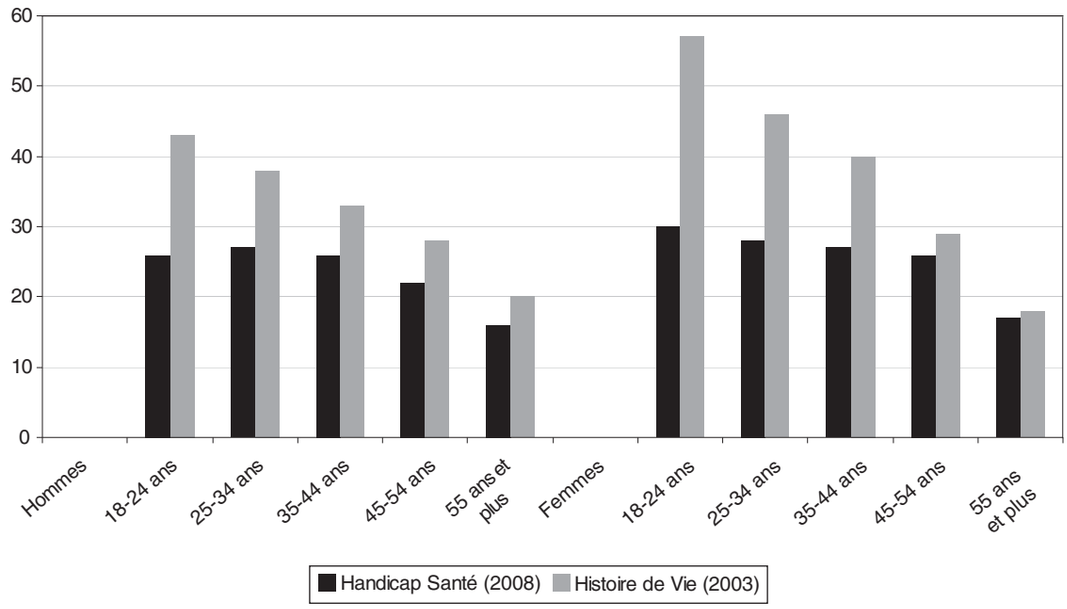
Lecture : parmi les personnes de 18 ans ou plus vivant en ménage ordinaire en France en 2008, 83,5 % n'ont pas d'altérations fonctionnelles ; 6,2 % ont des altérations fonctionnelles motrices mais pas d'altérations cognitives ou sensorielles ; 0,9 % cumulent les trois types d'altérations fonctionnelles.
Champ : population de 18 ans ou plus vivant en ménage ordinaire en France.
Source : enquête Handicap-Santé *auprès des ménages, Insee, 2008.*

et 22 % personnes ayant une reconnaissance administrative du handicap sont confrontées à de telles situations. Cette proportion n'est que de 2 % au sein de la population de référence.

La propension à déclarer des comportements stigmatisants diminue avec l'âge

Ces statistiques globales minorent l'ampleur des écarts entre les personnes ayant des problèmes de santé ou de handicap et les autres parce que leur structure sociodémographique diffère. Or les quelques enquêtes qui permettent d'étudier la discrimination ressentie en population générale ont montré l'existence d'une relation entre les caractéristiques sociodémographiques des personnes et leur propension à déclarer des comportements stigmatisants. En particulier, l'enquête *Histoire de vie* a mis en évidence un effet significatif et décroissant de l'âge sur la propension à déclarer des expériences discriminatoires (Algava et Bèque, 2006). Cette relation demeure dans l'enquête *Handicap-Santé*, même si elle apparaît beaucoup moins marquée (cf. graphique II). Elle est visible tant en population générale que lorsque l'on se restreint aux personnes ayant des problèmes de santé ou de handicap, alors qu'inversement, l'incidence des problèmes de santé ou de handicap augmente avec l'âge. Ainsi, 37 % des personnes de 18 à 24 ans ayant des problèmes de santé ou de handicap déclarent ainsi avoir déjà subi des discriminations au cours de leur vie. Elles sont autant parmi les 25 à 39 ans, puis 32 % parmi les 40-54 ans, 22 % parmi les 55-69 ans et 12 % parmi les 70 ans et plus. Dans le même temps, la proportion de personnes ayant des problèmes de santé ou de handicap progresse, passant de 27 % chez les 18-24 ans à 89 % chez les 70 ans et plus. Cette évolution inverse avec l'âge du taux de déclaration de discriminations ressenties et du taux de prévalence demeure lorsque l'on distingue plus finement les différents groupes, selon l'état de santé déclaré (cf. graphique III-A) ou à partir des altérations fonctionnelles subies (cf. graphique III-B). Ce sont les comportements stigmatisants attribués plus spécifiquement à l'état de santé et de handicap qui reculent le plus avec l'âge : pour l'ensemble des personnes ayant des problèmes de santé ou de handicap, la proportion d'expériences discriminatoires imputées à l'état de santé ou de handicap passe ainsi de 40 % parmi les 18-24 ans à 32 % parmi les 40-54 ans ; puis 25 % pour les 55-69 ans. Elle n'est plus que de 12 % chez les 70 ans et plus.

Graphique II
L'effet de l'âge : comparaison entre deux enquêtes

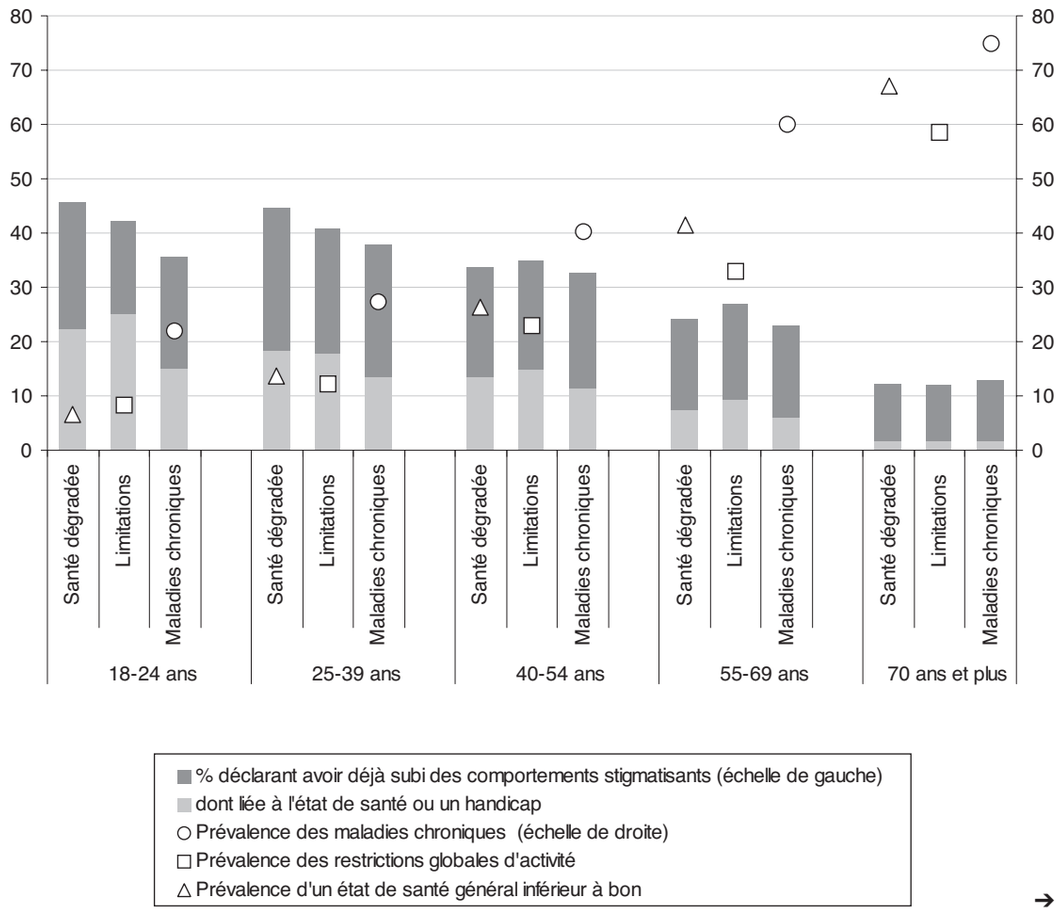


Champ : population de 18 ans ou plus vivant en ménage ordinaire en France métropolitaine.
Sources : enquête Handicap-Santé *auprès des ménages, Insee, 2008 ; enquête* Histoire de vie*, Insee, 2003.*

Des altérations fonctionnelles cognitives ou une reconnaissance administrative du handicap conduisent à déclarer davantage d'expériences discriminatoires

Pour estimer l'ampleur de la surdéclaration associée à l'état de santé ou de handicap, il faut tenir compte des effets de structure d'âge mais aussi, plus largement, des effets des autres caractéristiques sociodémographiques susceptibles d'influencer la propension à déclarer des expériences discriminatoires. Pour cela, la probabilité de déclarer des comportements stigmatisants a été estimée par une régression logistique sur la population de référence, qui sert ainsi de population témoin. Plus précisément, deux probabilités ont été successivement modélisées avec les mêmes variables explicatives : celle de déclarer des comportements stigmatisants imputés à l'état de santé ou de handicap et celle de déclarer des comportements stigmatisants imputés à d'autres raisons. Une fois les paramètres des deux modèles estimés sur la population de référence (cf. annexe 2), il est possible d'estimer la valeur de ces deux probabilités pour chacun des individus connaissant des problèmes de santé ou de handicap, compte tenu de leurs caractéristiques sociodémographiques. Les scores individuels ainsi obtenus correspondent à la valeur moyenne (ou l'espérance) de la probabilité que l'on observerait si les relations entre les caractéristiques sociodémographiques retenues et la propension à déclarer des comportements stigmatisants étaient les mêmes pour les personnes ayant des problèmes de santé ou de handicap que pour la population de référence. La somme de ces probabilités individuelles attendues donne alors une estimation du taux de discriminations ressenties attendu dans le groupe étudié, compte tenu de sa structure sociodémographique. La différence avec le taux réellement observé correspond à un écart inexpliqué par le modèle. Il donne une

Graphique III
Effet de l'âge sur la propension à déclarer avoir subi des comportements stigmatisants
A- Selon l'état de santé déclaré



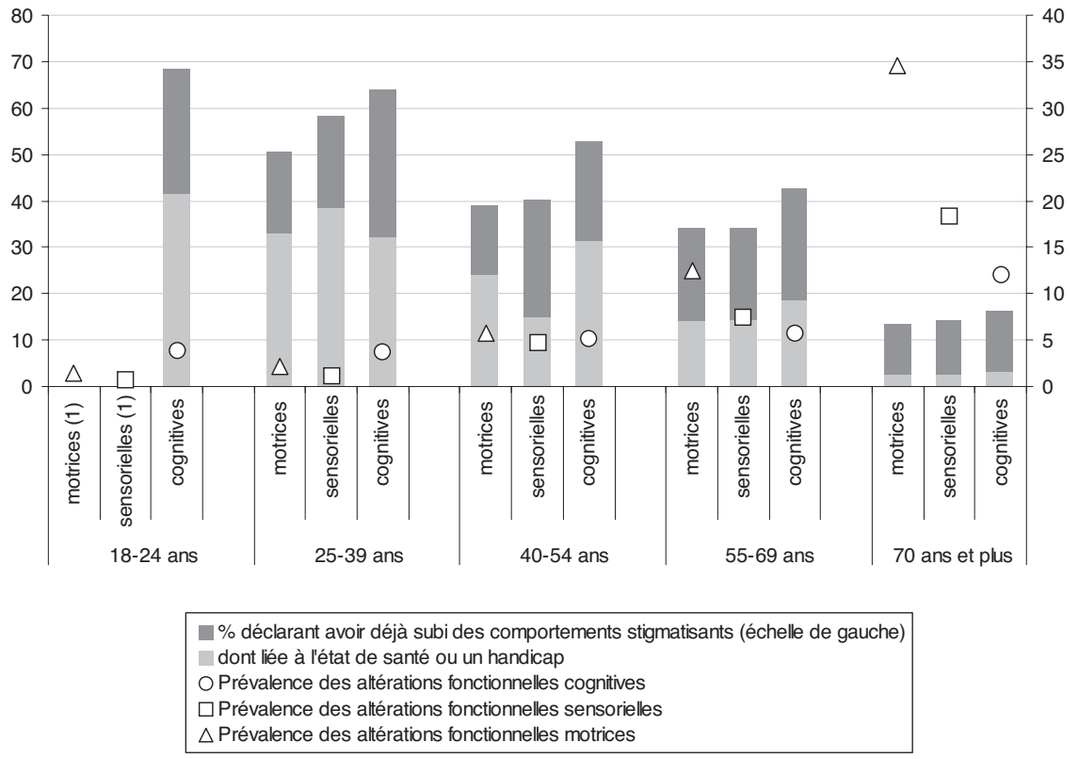
➔

mesure de la surdéclaration associée à l'état de santé ou de handicap.

Outre l'âge de la personne (en cinq tranches d'âge), son sexe et sa catégorie socioprofessionnelle (en cinq modalités) ont également été pris en compte. Le fait d'être en couple et la distance à l'emploi à la date de l'enquête ont également été introduits car, d'après les études disponibles, les chômeurs et les personnes vivant seules se disent plus souvent discriminés que les autres. Dans notre analyse, la distance à l'emploi combine la situation d'emploi à la date d'enquête et une information sur la trajectoire passée de façon à distinguer quatre cas : en emploi, chômeur avec expérience professionnelle, inactifs avec expérience professionnelle et chômeurs et inactifs n'ayant jamais travaillé.

La nature du lieu de résidence a également été introduite en partant de la typologie du zonage en aire urbaine, dans sa définition de 2001. Elle permet de distinguer les aires urbaines (pôles urbains et couronnes périurbaines, monopolarisées ou multipolarisées) et l'espace à dominante rurale (Bessy-Pietri et Sicamois, 2001). Cette variable peut jouer pour certains motifs de discriminations, comme l'orientation sexuelle ou l'origine nationale réelle ou présumée, sous l'hypothèse que le cadre de vie urbain s'accompagne d'un isolement plus grand, donc d'une moindre pression sociale qui peut faciliter le quotidien des personnes potentiellement plus exposées aux discriminations. L'enquête *Cadre de Vie et Sécurité* a par ailleurs montré que, de façon générale, les injures étaient beaucoup moins fréquentes dans les espaces ruraux que dans les pôles urbains et leurs couronnes périurbaines (Carrasco *et al.*, 2011). Enfin, un indicateur a été introduit pour tenir compte du fait que les proxys pourraient avoir une propension différente à déclarer des

Graphique III (suite)
Effet de l'âge sur la propension à déclarer avoir subi des comportements stigmatisants
B- Selon les altérations fonctionnelles



Lecture : 3,8 % des 18-24 ans ont des altérations fonctionnelles cognitives (graphique B). Parmi eux, 41,6 % déclarent avoir déjà subi des comportements stigmatisants en raison de leur état de santé ou de handicap et 26,9% pour d'autres motifs. Au total, 68,5% déclarent donc avoir déjà subi des comportements stigmatisants.
(1) 1,4 % des 18-24 ans ont des altérations fonctionnelles motrices et 0,7 % des altérations fonctionnelles sensorielles. Ces effectifs sont insuffisants pour indiquer leur propension à déclarer des expériences stigmatisantes.
Champ : population de 18 ans ou plus vivant en ménage ordinaire en France.
Source : enquête Handicap-Santé *auprès des ménages, Insee, 2008.*

discriminations ressenties pour autrui, une fois les autres caractéristiques introduites dans le modèle prises en compte.

Dans ce cadre, si les personnes ayant des problèmes de handicap ou de santé prises dans leur ensemble se comportaient comme la population de référence, elles devraient être 1,4 % à déclarer des comportements stigmatisants liés à l'état de santé et 14,4 % à déclarer des comportements stigmatisants liés à d'autres facteurs. Au total, 15,7 % devraient donc déclarer avoir fait l'expérience de comportements discriminatoires. Or elles sont 25,5% à le faire. L'écart de 9,7 points entre le taux global observé et le taux global attendu correspond à une surdéclaration de l'ordre de 60 %. En détaillant l'analyse (cf. tableau 2), l'ampleur de la surdéclaration est du même ordre de grandeur pour les sous-populations définies selon leur état de santé subjectif. Les approches objectives conduisent à une surdéclaration plus forte : près de 80 % pour les personnes ayant des altérations fonctionnelles motrices, 100 % pour les personnes ayant des altérations fonctionnelles sensorielles, 110 % pour les personnes ayant une reconnaissance administrative du handicap, 180 % pour les personnes ayant des altérations fonctionnelles cognitives.

En toute rigueur, la surdéclaration de comportements stigmatisants inexpliquée par le modèle n'est pas mécaniquement attribuable à l'existence d'un problème de santé ou de handicap. L'hypothèse qu'il existe une relation forte entre les deux apparaît cependant raisonnable, notamment grâce à l'examen de la décomposition de cette surdéclaration entre les deux parties « inexpliquées », celle qui est associée aux discriminations imputées à l'état de santé ou de handicap et celle qui est associée aux autres discriminations. Pour l'ensemble des personnes ayant des problèmes de santé ou de handicap, sur 9,7 points d'écart entre le taux attendu et le taux observé, 6 points correspondent à la partie « inexpliquée » associée aux discriminations imputées à l'état de santé ou de handicap. De fait, quelle que soit la sous-population retenue parmi les personnes ayant des problèmes de santé ou de handicap, c'est elle qui constitue la part dominante de la surdéclaration de comportements stigmatisants. Elle correspond par ailleurs à l'essentiel des discriminations ressenties que les répondants attribuent à leur état de santé ou de handicap. Autrement dit, il y a une corrélation entre les discriminations ressenties que les personnes imputent d'elles-mêmes à leur état de santé ou de handicap et l'ampleur de la surdéclaration de discriminations mesurée par référence au comportement déclaratif moyen observé sur la population de référence.

A contrario, le modèle estimé sur la population de référence permet d'expliquer la plus grosse partie du taux de discriminations ressenties attribuées à d'autres motifs que l'état de santé ou de handicap : taux attendu de 14,4 % pour un taux observé de 18 % sur l'ensemble des personnes ayant des problèmes de santé ou de handicap. Il reste cependant une partie inexpliquée de l'ordre de 20 %, qui est plus forte pour certaines sous-populations que pour d'autres, notamment pour les personnes subissant des altérations fonctionnelles sensorielles (24 %) et celles subissant des altérations fonctionnelles cognitives (37 %).

Deux hypothèses concurrentes peuvent coexister pour expliquer cette surdéclaration de discriminations non attribuées par le répondant à son état de santé ou son handicap. Elle peut traduire une surexposition réelle liée à l'état de santé ou de handicap que le répondant attribue à tort à d'autres facteurs. Elle peut aussi traduire une plus grande sensibilité des personnes à toutes les formes de discriminations du fait de l'exposition spécifique qu'implique leur état de santé ou de handicap. L'analyse statistique ne permet pas de trancher entre les deux mais le questionnement en deux étapes utilisé par l'enquête *Handicap-Santé* facilite la confusion des motifs puisqu'il ne permet pas d'isoler les différentes expériences discriminatoires déclarées. Or certaines pourraient être imputées à l'état de santé ou de handicap, ce qui ne serait pas le cas pour d'autres. Le questionnement ne permet pas non plus de déclarer une pluralité de motifs à l'ensemble des comportements stigmatisants subis. Il n'enregistre qu'une déclaration globale d'expériences discriminatoires, que certains répondants attribuent globalement à leur état de santé ou handicap, tandis que les autres ne le font pas. Des personnes qui ont subi des comportements stigmatisants en raison de leur état de santé ou de handicap peuvent donc ne pas les imputer à ce motif parce qu'elles considèrent, à tort ou à raison, que d'autres motifs ont joué de façon privilégiée. *A contrario*, le fait de mettre en évidence un motif dans le questionnement sans évoquer les autres pourrait aussi lui donner plus de poids qu'il n'en aurait eu si une pluralité de motifs avait été évoquée.

Tableau 2
Décomposition de la proportion de personnes déclarant avoir déjà subi des comportements stigmatisants

En %

	Pour des motifs autres que l'état de santé ou de handicap			En raison de l'état de santé ou de handicap			Total	Ampleur de la surdéclaration (1)
	Partie attendue	Partie inexpliquée	Ensemble	Partie attendue	Partie inexpliquée	Ensemble		
Déclare un état de santé général inférieur à « bon »	14,1	2,8	16,9	1,2	7,3	8,5	25,3	66
Déclare des limitations d'activités	14,2	2,0	16,2	1,3	8,5	9,7	25,9	68
Déclare des maladies chroniques	14,5	3,4	17,9	1,4	6,5	7,9	25,8	63
A des altérations fonctionnelles motrices	13,2	1,0	14,2	0,9	10,2	11,1	25,3	79
A des altérations fonctionnelles sensorielles	13,0	4,0	17,1	0,9	9,5	10,4	27,4	97
A des altérations fonctionnelles cognitives	13,6	8,0	21,6	1,5	19,3	20,8	42,4	181
A une reconnaissance administrative du handicap	14,9	- 1,6	13,3	1,7	20,4	22,1	35,4	113
Dans l'une de ces sept situations	14,4	3,7	18,0	1,4	6,0	7,4	25,5	62
Dans aucune de ces sept situations	17,2	-	17,2	2,1	-	2,1	19,3	

(1) La surdéclaration est mesurée par le rapport du taux de déclaration observé au taux attendu, quel que soit le motif de la déclaration. Par exemple, pour les personnes atteintes d'altérations fonctionnelles motrices, il est égal à : 25,3 / (13,2 + 0,9) = 1,79.

Lecture : 25,3 % des personnes de 18 ans et plus ayant des altérations fonctionnelles motrices déclarent avoir déjà subi des comportements stigmatisants ; 11,1 % en raison de leur état de santé ou d'un handicap et 14,2 % pour d'autres raisons. Si leur propension à déclarer de tels comportements était identique à celles observées chez les personnes de mêmes caractéristiques, ne déclarant aucun problème de santé, ni d'altérations fonctionnelles, ces deux derniers taux auraient été respectivement de 0,9 % et 12,6 %. Par solde, il reste donc une partie inexpliquée par le modèle.
Cette simulation a été réalisée à partir d'un modèle logistique prenant en compte les caractéristiques suivantes : le sexe, la tranche d'âge (5 modalités), la catégorie socioprofessionnelle (5 modalités), le fait de résider dans un espace à dominante rurale ou non, le fait d'être en couple ou non, la distance à l'emploi (4 modalités) et l'existence d'un proxy ou non.
Champ : population de 18 ans ou plus vivant en ménage ordinaire en France.
Source : enquête Handicap-Santé *auprès des ménages, Insee, 2008.*

La prise en compte d'éventuels effets cumulés ne modifie pas le constat

La surdéclaration d'expériences discriminatoires par rapport aux comportements observés dans la population de référence varie fortement entre les approches subjectives et les approches objectives. Elle varie également, parmi les approches objectives, selon la nature des altérations fonctionnelles subies. Comme les sous populations définies par les différentes approches ne s'emboîtent ou ne se recouvrent que partiellement, des régressions logistiques pondérées ont été mises en œuvre pour essayer d'isoler la surdéclaration qui pourrait être associée spécifiquement aux différentes dimensions mobilisées. L'incertitude sur le motif à associer aux discriminations ressenties conduit à privilégier une modélisation de la propension globale à déclarer l'expérience de comportements stigmatisants, qu'ils soient imputés à l'état de santé ou de handicap ou non.

Cette modélisation s'appuie sur l'hypothèse d'une certaine additivité des effets. Elle part de l'hypothèse que le contexte environnemental et social est plus ou moins adapté et accueillant selon la nature de l'altération fonctionnelle subie. Ce contexte serait de ce fait porteur de discriminations potentielles différenciées. Par ailleurs, l'existence d'une reconnaissance administrative pourrait être le signe d'altérations en moyenne plus graves, associées à des besoins d'adaptations plus importants, donc davantage de difficultés potentielles. Dans la mesure où un non-recours au droit existe, l'existence d'une reconnaissance administrative pourrait aussi être le signe d'une plus grande implication personnelle à voir son handicap reconnu, celle-ci pouvant aller de pair chez certains avec une plus grande sensibilité aux discriminations. S'agissant dans les deux cas de ressentis subjectifs, il pourrait exister un lien entre la propension à se dire ou non en mauvais état de santé et celle à faire part de comportements stigmatisants, à situation fonctionnelle et administrative identique. Il se pourrait aussi que les personnes ayant des altérations fonctionnelles sans déclarer de mauvais état de santé connaissent des situations de handicap objectivement moins défavorables que celles qui déclarent un mauvais état de santé. En réalité, seules des approches qualitatives, basées sur des entretiens et des observations de terrain permettraient d'étayer ces hypothèses ou de les infirmer et d'en avancer d'autres. L'analyse statistique proposée n'ambitionne donc que de proposer des premiers constats.

Dans le premier modèle (modèle 1), seules les sept variables d'appartenance aux différentes sous-populations repérées comme ayant des problèmes de santé ou de handicap sont introduites : les trois dimensions de l'approche subjective, les trois grands types d'altérations fonctionnelles et l'existence d'une reconnaissance administrative du handicap. Dans ce modèle, la surdéclaration de comportements stigmatisants apparaît significativement associée au fait de déclarer des maladies chroniques, au fait d'avoir une reconnaissance administrative du handicap et à celui de subir des altérations fonctionnelles cognitives. En sens opposé, les altérations fonctionnelles motrices apparaissent significativement associées à une sous-déclaration. Cette approche fruste, par comparaison avec le second modèle présenté ensuite, illustre l'importance de prendre en compte la propension différenciée à se dire discriminé selon ses caractéristiques sociodémographiques.

Dans le second modèle (modèle 2) sont introduites les variables sociodémographiques qui ont déjà été utilisées pour corriger les effets de structure dans la comparaison avec la population de référence. Les paramètres estimés associés aux différentes tranches d'âge et les *odds ratios* fortement décroissants confirment d'abord l'effet significatif et fortement décroissant de l'âge sur la propension à déclarer des comportements stigmatisants. La tendance des chômeurs ayant déjà une expérience professionnelle et celle des personnes seules à déclarer davantage de comportements stigmatisants sont aussi significatives. Dans le sens inverse, le fait de résider dans un espace à dominante rurale s'accompagne d'une moindre déclaration de comportements stigmatisants. Les proxys semblent aussi sous-déclarer les expériences discriminatoires. En revanche, le genre ne semble pas jouer de façon significative et les différences entre catégories socio professionnelle apparaissent limitées. Des variables relatives au niveau de formation et au fait d'être immigré ont aussi été testées mais leur non-significativité a conduit à les exclure au nom du principe de parcimonie (l'absence d'effet significatif pour les immigrés, pourtant constaté dans d'autres études, pourrait s'expliquer par le faible nombre de répondants concernés, l'échantillon de l'enquête *Handicap-Santé* n'ayant pas été construit pour étudier les personnes immigrées, ou par le contexte de l'enquête, explicitement centrée sur le handicap et la santé).

Une fois les effets des facteurs sociodémographique isolés, les paramètres associés à chacune des sept dimensions prises en compte apparaissent positifs (cf. tableau 3). Elles sont donc

Tableau 3
Effet de l'état de santé ou de handicap sur la propension à déclarer des comportements stigmatisant, en contrôlant des facteurs sociodémographiques

	Modèle 1 (sans caractéristiques socio démographique)			Modèle 2 (complet)			Modèle 3 (approche objective)			Modèle 4 (approche subjective)		
Variables explicatives	Coeff.	(écart-type)	*Odds ratio*	Coeff.	(écart-type)	*Odds ratio*	Coeff.	(écart-type)	*Odds ratio*	Coeff.	(écart-type)	*Odds ratio*
Constante	- 1,4 **	(0,04)		- 1,32 **	(0,08)		- 0,18 **	(0,08)		- 1,33 **	(0,09)	
État de santé déclaré												
État de santé général dégradé	- 0,03	(0,07)	1,0	0,19 **	(0,07)	1,1				0,27 **	(0,07)	1,3
Restriction globale d'activité	- 0,02	(0,07)	1,0	0,04	(0,07)	1,0				0,19 **	(0,07)	1,2
Maladies chroniques	0,25 **	(0,06)	1,3	0,43 **	(0,06)	1,5				0,45 **	(0,06)	1,6
Altérations fonctionnelles subies												
Motrices	- 0,23 **	(0,07)	0,8	0,08	(0,07)	1,1	0,26 **	(0,07)	1,3			
Sensorielles	0,02	(0,08)	1,0	0,33 **	(0,09)	1,4	0,38 **	(0,09)	1,5			
Cognitives	0,89 **	(0,07)	2,4	0,90 **	(0,08)	2,4	0,98 **	(0,08)	2,7			
Reconnaissance administrative du handicap												
Oui	0,47 **	(0,06)	1,6	0,27 **	(0,07)	1,3	0,44 **	(0,07)	1,5			
Sexe												
Homme				- 0,06	(0,05)	0,9			0,9	- 0,04	(0,05)	1,0
Age												
18-24 ans				0,10	(0,11)	1,1	0,05	(0,11)	1,0	0,06	(0,11)	1,1
25-39 ans					*Réf.*			*Réf.*			*Réf.*	
40-54 ans				- 0,26 **	(0,07)	0,8	- 0,19 **	(0,07)	0,8	- 0,25 **	(0,07)	0,8
55-69 ans				- 0,67 **	(0,10)	0,5	- 0,53 **	(0,09)	0,6	- 0,69 **	(0,09)	0,5
70 ans et plus				- 1,43 **	(0,12)	0,2	- 1,25 **	(0,12)	0,3	- 1,42 **	(0,12)	0,2
CS												
Agriculteur				- 0,09	(0,14)	0,9	- 0,08	(0,14)	0,9	- 0,11	(0,14)	0,9
Artisan, commerçant				- 0,29 **	(0,12)	0,7	- 0,29 **	(0,12)	0,7	- 0,32 **	(0,13)	0,7
Cadres, prof. Intermédiaires				- 0,06	(0,06)	0,9	- 0,08	(0,06)	0,9	- 0,09	(0,06)	0,9
Employés et ouvriers					*Réf.*			*Réf.*			*Réf.*	
Autres				0,00	(0,13)	1,0	- 0,01	(0,12)	1,0	0,04	(0,12)	1,0 →

Tableau 3 (suite)
Effet de l'état de santé ou de handicap sur la propension à déclarer des comportements stigmatisant, en contrôlant des facteurs sociodémographiques

	Modèle 1 (sans caractéristiques socio démographique)			Modèle 2 (complet)			Modèle 3 (approche objective)			Modèle 4 (approche subjective)		
Variables explicatives	Coeff.	(écart-type)	*Odds ratio*	Coeff.	(écart-type)	*Odds ratio*	Coeff.	(écart-type)	*Odds ratio*	Coeff.	(écart-type)	*Odds ratio*
Lieu de résidence (°)												
Aire urbaine				0,16 **	(0,06)	1,2	0,16 **	(0,06)	1,2	0,16 **	(0,06)	1,2
Vie en couple												
Non				0,11 **	(0,06)	1,1	0,11*	(0,06)	1,1	0,15 **	(0,06)	1,2
Distance à l'emploi												
Actif occupé					*Réf.*			*Réf.*			*Réf.*	
Chômeur avec exp. pro.				0,41 **	(0,11)	1,5	0,45 **	(0,11)	1,6	0,43 **	(0,11)	1,5
Inactif avec exp. pro.				- 0,05	(0,09)	1,0	0,02	(0,09)	1,0	0,01	(0,09)	1,0
N'a jamais travaillé				- 0,08	(0,16)	0,9	- 0,04	(0,16)	1,0	- 0,08	(0,16)	0,9
Réponse par un proche												
Oui, pour raison de santé				- 0,73 **	(0,15)	0,5	- 0,72 **	(0,15)	0,5	- 0,03	(0,14)	1,0
Oui, pour d'autres raisons				- 0,72 **	(0,20)	0,5	- 0,73 **	(0,20)	0,5	- 0,72**	(0,20)	0,5
Non					*Réf.*			*Réf.*			*Réf.*	
Effectif (non pondéré)	25 038			24 935			24 935			24 935		
Valeurs observées et prédites (en %)												
Concordantes	57			69			68			67		
Discordantes	35			30			31			32		
Liées	8			1			1			1		
(°) Selon la typologie du zonage en aires urbaines réalisé après le recensement de population de 1999.												

Lecture : chaque colonne présente les résultats d'une régression logistique effectuée sur l'ensemble de la population pour modéliser la probabilité d'avoir répondu positivement à la première question du module « Discrimination » : « Au cours de votre vie est-il arrivé que l'on se moque de vous, que l'on vous mette à l'écart, que l'on vous traite de façon injuste ou que l'on vous refuse un droit ? ». *Toutes les variables introduites dans le modèle sont présentées. Un coefficient positif signifie que les personnes détenant la caractéristique considérée ont une probabilité plus forte que les personnes détenant la caractéristique de référence de se dire discriminer. La valeur de l'odds ratio donne l'ampleur de cette surdéclaration.*
Une étoile signifie que le coefficient est significatif au seuil de 10 %, deux étoiles qu'il l'est au seuil de 5 %. Pour alléger les tableaux, les modalités de référence ne sont pas indiquées pour les variables indicatrices.
Champ : population de 18 ans ou plus vivant en ménage ordinaire en France.
Source : enquête Handicap-Santé *auprès des ménages, Insee, 2008.*

toutes associées à une surdéclaration de comportements stigmatisants. La plupart des écarts sont statistiquement significatifs au seuil de 5 %. L'ampleur de la surdéclaration est particulièrement forte chez les personnes ayant des altérations fonctionnelles cognitives qui déclarent 2,4 fois plus de comportements stigmatisants que les personnes qui n'en ont pas (à autres caractéristiques comparables). La surdéclaration est de 1,5 pour ceux qui déclarent des maladies chroniques, de 1,4 pour ceux qui subissent des altérations fonctionnelles sensorielles et de 1,3 pour ceux qui ont une reconnaissance administrative de handicap. Seules deux situations ne s'accompagnent pas d'une surdéclaration statistiquement significative à autres caractéristiques comparables, même au seuil de 10 % : le fait de déclarer des restrictions globales d'activité et le fait de subir des altérations fonctionnelles motrices.

Il faut privilégier un diagnostic fondé sur les dimensions objectives de l'état de santé ou de handicap.

Prendre en compte ensemble des approches subjectives et des approches objectives de l'état de santé ou de handicap permet de mettre en évidence un effet cumulatif qui rappelle que la perception subjective de sa situation personnelle compte aussi. Cependant, on ne peut exclure que des relations entre l'état objectif et la perception subjective conduisent à intégrer dans les paramètres associés aux dimensions subjectives une partie des effets liés aux dimensions objectives. C'est pourquoi un premier modèle partiel peut être mis en œuvre en n'intégrant que les quatre variables associées à l'approche objective, en complément des variables de caractérisation sociodémographiques et à l'exclusion des trois variables associées à l'approche subjective (modèle 3). Cette restriction peut aussi avoir un intérêt analytique en évitant de relier une propension subjective à déclarer des comportements stigmatisants à des variables elles aussi subjectives, donc dépendantes également du contexte et de facteurs sociodémographiques, éventuellement dans des relations non homogènes avec celles qui lient ces mêmes facteurs à la propension à se dire discriminé.

L'exclusion des variables décrivant l'état de santé ou de handicap subjectif modifie peu les résultats obtenus dans le modèle complet. L'ampleur de la surdéclaration associée à chacune des quatre variables objectives augmente légèrement, sans modifier la hiérarchie des effets. Ainsi, la surdéclaration d'expériences discriminatoires reste plus forte pour les personnes qui subissent des altérations fonctionnelles cognitives (*odds ratios* de 2,7 au lieu de 2,4 dans le modèle complet), puis pour les personnes qui subissent des altérations fonctionnelles sensorielles (*odds ratios* de 1,5 au lieu de 1,4), puis pour les personnes ayant des altérations fonctionnelles motrices (*odds ratio* de 1,3 au lieu de 1,1). L'ampleur de la surdéclaration associée à l'existence d'une reconnaissance administrative augmente également légèrement (*odds ratio* de 1,5 au lieu de 1,3). Les effets des quatre variables sont désormais tous statistiquement significatifs. La principale différence par rapport au modèle complet est donc de faire apparaître une surdéclaration de comportements stigmatisants statistiquement significative pour les personnes ayant des altérations fonctionnelles motrices.

Un deuxième modèle partiel a été mis en œuvre en se limitant cette fois aux trois variables subjectives, en complément des variables sociodémographiques (modèle 4). Malgré les limites déjà exposées, ce choix présente un intérêt méthodologique dans la mesure où le repérage des altérations fonctionnelles et des reconnaissances administratives du handicap s'appuie sur un questionnement assez long. Pour des raisons de durée de passation des questionnaires, certaines enquêtes, non spécifiquement centrées sur le repérage des situations de handicap ou de dépendance, préfèrent donc s'appuyer sur un nombre limité de questions subjectives. C'est dans ce but qu'Eurostat a développé son « mini module européen », dont les trois questions correspondent aux trois dimensions prises en compte dans notre approche subjective : déclarer avoir un mauvais état de santé général, connaître des restrictions globales d'activité ou avoir des maladies chroniques. Dans ce modèle restreint, chacune de ces trois dimensions est désormais associée à une surdéclaration d'expériences discriminatoires et dans les trois cas, celle-ci est statistiquement significative, alors que dans le modèle complet, seul le fait de déclarer avoir des maladies chroniques conduisait à une surdéclaration de comportements stigmatisants. Cet effet stable et significatif associé à la déclaration de maladie chronique résulte de la moindre corrélation de cette dimension avec les indicateurs objectifs retenus. Si une variable objective, basée sur des questionnaires médicaux, avait pu être introduite pour diagnostiquer l'existence d'une maladie chronique,

il est possible que cette spécificité n'aurait pas été observée. Ainsi, faire l'économie de critères objectifs pour repérer les personnes ayant des problèmes de santé ou de handicap conduit à attribuer une surdéclaration significative d'expériences discriminatoires à des populations numériquement beaucoup plus importantes, tout en rendant invisibles les expériences subjectives différenciées déclarées par les personnes selon le type d'altérations fonctionnelles qu'elles subissent.

Les liens entre la nature de l'altération fonctionnelle et la propension à déclarer des expériences discriminatoires sont différenciés selon la tranche d'âge

Le modèle partiel restreint aux variables associées à l'approche objective de l'état de santé ou de handicap a été décliné par tranche d'âge pour voir si les relations estimées sur l'ensemble de la population occultent des spécificités selon l'âge ou si, au contraire, les constats valent à tout âge. En pratique, il a été mis en œuvre successivement sur l'ensemble des personnes de 25 à 39 ans, celles de 40 à 54 ans puis celles de 55 à 69 ans, en conservant les mêmes variables de caractérisation sociodémographique que dans la modélisation conduite sur l'ensemble de la population. Le choix de conserver les mêmes variables de caractérisation conduit à exclure les plus jeunes (18 à 24 ans) et les plus âgés (70 ans et plus) de l'analyse car certaines variables de caractérisation sont peu pertinentes dans leur cas, notamment la distance à l'emploi et, pour les plus jeunes, la catégorie sociale et le fait de vivre en couple.

Trois constats observés par la modélisation sur l'ensemble de la population restent vrais dans chacune des trois tranches d'âges (cf. tableau 4) :

- L'existence d'une surdéclaration d'expériences discriminatoires de la part de ceux qui subissent des altérations fonctionnelles quelle que soit leur nature ;

- Parmi eux, l'existence d'une surdéclaration plus forte de la part de ceux qui subissent des altérations fonctionnelles cognitives ;

- Enfin, une surdéclaration spécifique pour ceux qui ont une reconnaissance administrative du handicap.

Cependant, quelques nuances différencient les résultats par tranches d'âge. En particulier :

- L'ampleur de la surdéclaration associée aux altérations fonctionnelles cognitives et à la reconnaissance administrative du handicap apparaît décroissante avec l'âge ;

- L'ampleur de la surdéclaration associée aux altérations sensorielles est plus forte chez les 25-39 ans, mais elle est similaire chez les 40-54 ans et chez les 55-69 ans ;

- Dans le cas des altérations fonctionnelles motrices, c'est chez les 40-54 ans que l'ampleur de la surdéclaration de comportements stigmatisants apparaît la plus forte (*odds ratio* de 1,9, statistiquement significatif au seuil de 5 %), davantage que chez les 25-39 ans (*odds ratio* de 1,4, statistiquement non significatif, même au seuil de 10 %).

Seules des études qualitatives permettraient de voir si ces comportements déclaratifs différenciés renvoient à des réalités objectives différentes selon l'âge, à altérations fonctionnelles identiques, ou si, à contexte identique, les comportements déclaratifs et les effets de mémoire sont différenciés selon la nature de l'altération fonctionnelle. Il ne faut pas non plus exclure que les efforts dans les politiques publiques d'aménagement de l'espace public, d'accès à l'école et à l'emploi de ces dernières années n'aient pas profité de façon égale à toutes les personnes en situation de handicap, introduisant alors un effet de génération différencié selon la nature des altérations fonctionnelles. Dans ce cas, l'hypothèse d'actions centrées davantage sur la gestion des situations de handicap moteur serait à questionner.

Une partie des effets associés aux altérations fonctionnelles pourrait résulter de facteurs contextuels

La propension à déclarer des comportements stigmatisants diffère selon la nature de l'altération fonctionnelle subie. Une partie de l'explication pourrait être à chercher dans une acceptabilité sociale variable selon la nature du stigmate. En particulier, le fait que les altérations fonctionnelles cognitives soient moins visibles que les altérations fonctionnelles motrices ou sensorielles pourraient susciter une moindre acceptabilité de comportements qui seraient considérés plus facilement comme anormaux parce que leur cause fonctionnelle

Tableau 4
Une analyse par tranche d'âge

	Modèle 3 sur les 25-39 ans			Modèle 3 sur les 40-54 ans			Modèle 3 sur les 55-69 ans		
Variables d'intérêt	Coeff.	(écart-type)	*Odds ratio*	Coeff.	(écart-type)	*Odds ratio*	Coeff.	(écart-type)	*Odds ratio*
Constante	- 1,15 **	(0,14)		- 1,44 **	(0,12)		- 1,67 **	(0,16)	
Altérations fonctionnelles subies									
Motrices	0,37	(0,25)	1,4	0,23 *	(0,12)	1,3	0,65 **	(0,12)	1,9
Sensorielles	0,93 **	(0,36)	2,5	0,51 **	(0,18)	1,7	0,59 **	(0,15)	1,8
Cognitives	1,40 **	(0,22)	4,1	1,06 **	(0,15)	2,9	0,82 **	(0,15)	2,3
Reconnaissance administrative du handicap									
Oui	0,65**	(0,17)	1,9	0,38 **	(0,12)	1,4	0,24 *	(0,13)	1,3
Réponse par un proche									
Oui, pour raison de santé	- 0,70	(0,59)	0,5	- 0,53	(0,42)	0,6	- 0,97 **	(0,31)	0,4
Oui, pour d'autres raisons	- 0,74*	(0,39)	0,5	- 0,73 **	(0,36)	0,5	- 1,6 **	(0,50)	0,2
Non		Réf.							
Effectif (non pondéré)		3 826			6 561			6 386	
Valeurs observées et prédites (en %)									
Concordantes		66			64			64	
Discordantes		31			33			34	
Liées		3			3			2	

Lecture : voir tableau 3. Seules les variables d'intérêt sont présentées. Les coefficients associés aux variables sociodémographiques également introduites ne sont pas présentés ici. Ces variables sont le sexe, le lieu de résidence, la CS, le fait de vivre en couple et la distance à l'emploi.
Champ : population vivant en ménage ordinaire en France.
Source : enquête Handicap-Santé *auprès des ménages, Insee, 2008.*

Tableau 5
La prise en compte de facteurs contextuels

	Modèle 2 enrichi			Modèle 3 enrichi		
Variables explicatives	Coeff.	(écart-type)	*Odds ratio*	Coeff.	(écart-type)	*Odds ratio*
Constante	- 1,38 **	(0,08)		- 1,22 **	(0,08)	
État de santé déclaré						
État de santé général dégradé	0,18 **	(0,07)	1,2			
Restriction globale d'activité	0,02	(0,07)	1,0			
Maladies chroniques	0,40 **	(0,06)	1,5			
Altérations fonctionnelles						
Motrices	0,00	(0,12)	1,1	0,06	(0,12)	1,1
Sensorielles	0,06	(0,10)	1,0	0,04	(0,09)	1,0
Cognitives	0,47 **	(0,09)	1,6	0,46 **	(0,09)	1,6
Âge de l'altération fonctionnelle						
Avant 5 ans	1,17 **	(0,21)	3,2	1,25 **	(0,21)	3,5
6 ans à 18 ans	0,93 **	(0,23)	2,5	1,08 **	(0,23)	2,9
19 ans ou plus	0,17	(0,14)	1,2	0,30 **	(0,13)	1,4
Date non connue	0,48 **	(0,12)	1,6	0,59 **	(0,12)	1,8
Pas d'altérations fonctionnelles		*Réf.*			*Réf.*	
Reconnaissance administrative du handicap						
Oui	0,20 **	(0,07)	1,2	0,33 **	(0,07)	1,4
Relations difficiles avec les voisins						
Oui	0,65 **	(0,09)	1,9	0,69 **	(0,09)	2,0
Bénéfice d'aides humaines						
Oui, aidants familiaux	- 0,18 **	(0,09)	0,8	- 0,12	(0,09)	0,9
Oui, aidants professionnels	- 0,23	(0,16)	0,8	- 0,19	(0,16)	0,8
Non, mais en aurait besoin	0,30 **	(0,14)	1,3	0,36**	(0,14)	1,4
N'en a pas besoin		*Réf.*			*Réf.*	
Sexe						
Homme	- 0,08	(0,05)	0,9	- 0,07	(0,05)	0,9
Âge						
18-24 ans	0,09	(0,11)	1,1	0,06	(0,11)	1,1
25-39 ans		*Réf.*			*Réf.*	
40-54 ans	- 0,27 **	(0,07)	0,8	- 0,20 **	(0,07)	0,8
55-69 ans	- 0,68 **	(0,08)	0,5	- 0,53 **	(0,09)	0,6
70 ans et plus	- 1,40 **	(0,11)	0,2	- 1,21 **	(0,12)	0,3
Lieu de résidence (°)						
Aire urbaine	0,16 **	(0,06)	1,2	0,17 **	(0,06)	1,2
Vie en couple						
Non	0,09	(0,06)	1,1	0,07	(0,06)	1,1
Distance à l'emploi						
Actif occupé		*Réf.*			*Réf.*	
Chômeur avec expérience. professionnelle	0,42 **	(0,11)	1,5	0,43 **	(0,11)	1,5
Inactif avec expérience. professionnelle	- 0,04	(0,08)	1,0	0,00	(0,09)	1,0
N'a jamais travaillé	- 0,06	(0,10)	0,9	- 0,05	(0,16)	1,0
Réponse par un proche						
Oui, pour raison de santé	- 0,96 **	(0,17)	0,4	- 0,93 **	(0,17)	0,4
Oui, pour d'autres raisons	- 0,72 **	(0,20)	0,5	- 0,73 **	(0,20)	0,5
Non		*Réf.*			*Réf.*	
Effectifs		24 935			24 935	
Valeurs observées et prédites (en %)						
Concordantes		70			69	
Discordantes		29			30	
Liées		1			1	

Lecture : voir tableau 3.
Champ : population vivant en ménage ordinaire en France.
Source : enquête Handicap-Santé *auprès des ménages, Insee, 2008.*

ne serait pas visible immédiatement. Une autre partie de l'explication pourrait résulter de facteurs contextuels généraux, transversaux aux différentes altérations fonctionnelles. À partir de questions disponibles dans l'enquête *Handicap-Santé*, l'accent a été mis sur trois facteurs contextuels transversaux. Le premier facteur porte sur l'âge de survenue de l'altération fonctionnelle. L'hypothèse initiale supposait que les personnes ayant des altérations fonctionnelles survenant tardivement pouvaient avoir une propension plus forte à déclarer des comportements stigmatisants, par comparaison avec les expériences qu'elles avaient connues avant. Dans le sens inverse, le fait d'avoir des altérations fonctionnelles précoces donnent plus de temps pour expérimenter au moins une expérience négative liée à son état de santé ou de handicap. Le second facteur concerne l'état de ses relations avec ses voisins. Il peut être une variable approximative de l'état de ses relations avec autrui, donc de l'attitude de la personne vis-à-vis des autres. Il peut aussi donner une information approximative sur le degré d'isolement de la personne, donc de sa capacité à disposer d'aides. Dans les deux cas, on s'attend à une relation inverse entre le fait d'avoir des bonnes relations avec ses voisins et la propension à déclarer des comportements stigmatisants. Le troisième facteur pris en compte porte sur l'existence d'aides humaines : recevoir de l'aide de la part de sa famille ou de professionnels *versus* ne pas en bénéficier mais déclarer en avoir besoin. L'hypothèse sous-jacente est que, à altération fonctionnelle donnée, le sentiment de discriminations ressenties serait plus faible quand le contexte permet d'atténuer la situation de handicap. Les informations disponibles dans l'enquête sur les aménagements du poste de travail ou sur les aménagements scolaires n'ont pas été mobilisées parce qu'elles ne concernaient pas toutes les personnes enquêtées.

Ces trois facteurs ont été ajoutés aux autres variables de la régression logistique, dans le modèle complet (« modèle 2 enrichi »), puis dans le modèle partiel excluant les variables subjectives (« modèle 4 enrichi »). Dans les deux cas, les résultats obtenus suggèrent qu'une partie des effets associés aux altérations fonctionnelles peut être associée aux facteurs contextuels introduits. Les trois facteurs pris en compte ont des liens statistiquement significatifs avec la propension à déclarer des comportements stigmatisants (cf. tableau 5). En particulier, le fait d'avoir des relations difficiles avec ses voisins et le fait de ne pas recevoir d'aide humaine mais de considérer en avoir besoin sont associés à une propension plus forte à se dire discriminé. Par ailleurs, plus l'altération fonctionnelle est précoce, plus la propension à déclarer des comportements stigmatisants est forte. Corrélativement, la prise en compte de ces variables contextuelles ou environnementales réduit l'ampleur des effets associés aux altérations fonctionnelles par rapport aux modèles qui ne les prennent pas en compte. En particulier, il n'y a plus d'effets spécifiques associés aux altérations motrices et sensorielles. Cela ne veut pas dire que le fait d'avoir de telles altérations fonctionnelles n'est plus associé à une propension plus forte à déclarer des expérience discriminatoires mais qu'il n'y a pas, dans leur cas, d'effet marginal spécifique qui viendrait s'ajouter aux autres effets mesurés, notamment l'âge de survenu de l'altération fonctionnelle. Il reste en revanche un effet marginal spécifique associé aux altérations fonctionnelles cognitives, ainsi qu'un effet associé à l'existence d'une reconnaissance administrative.

L'analyse statistique suggère donc que des facteurs contextuels transversaux pourraient se combiner à la nature des altérations fonctionnelles pour expliquer la propension différenciée à déclarer des expériences discriminatoires. Dans ce cas, les expériences vécues par les personnes, ou plus exactement leur perception subjective de ces expériences, renforceraient alors l'intérêt d'aborder le handicap en privilégiant la notion de « situation de handicap » à celle d'un handicap consubstantiel à la personne, indépendamment de son cadre de vie et de ses modes de relations avec autrui. □

BIBLIOGRAPHIE

Algava E. et Bèque M. (2006), « Perception et vécu des comportements intolérants, une analyse du module "Relations avec les autres" de l'enquête *Histoire de vie* », *Économie et Statistique*, n° 393-394, pp. 115-150.

Amadieu J.-F. (2004), *Enquête* testing *sur CV Adia/Paris I,* Observatoire des discriminations.

Amadieu J.-F. (2002), *Le Poids des apparences. Beauté, amour et gloire*, Odile Jacob.

Amar M. et Amira S. (2003), « Incapacités, reconnaissance administrative du handicap et accès à l'emploi : les apports de *HID* », *Revue française des affaires sociales,* 2003, n° 1-2, pp. 149-165.

Aubusson B., Lalam N., Padieu R. et Zamora P. (2003), « Les Statistiques de la délinquance », *France portrait social 2002-2003,* Insee, pp. 141-158.

Beauchemin C., Hamel C. et Simon P. coord. (2010), « *Trajectoires et Origines*, enquête sur la diversité des populations en France, premiers résultats », *Document de travail Ined*, n° 168.

Bessy-Pietri P. et Sicamois Y. (2001), « Le Zonage en aires urbaines en 1999, 4 millions d'habitants en plus dans les aires urbaines », *Insee première*, n° 765.

Bouvier G. (2011a), « L'Enquête *Handicap-Santé*, présentation générale », *Document de travail Insee*, n° F1109, octobre.

Bouvier G. (2011b), « Le Volet "Ménages" de l'enquête *Handicap-Santé* : présentation, calcul des poids », *Document de travail Insee*, n° F1101, février.

Bouvier G. et Niel X. (2010), « Les Discriminations liées au handicap et à la santé», *Insee première*, n°1308.

Bouvier G. (2009), « L'Approche du handicap par les limitations fonctionnelles et la restriction d'activité chez les adultes de 20 à 59 ans », *France portrait social 2009,* Insee, pp. 125-142.

Carrasco V., Chaussebourg L. et Creusat J. (2011), « Les Déterminants du dépôt de plainte : le type d'agression subie devance de loin les caractéristiques de la victime », *Économie et Statistique*, n° 448-449, pp. 107-127.

De Lacéra E., Jaggers C., Michaudon H., Monteil C. et Trémoureux C. (2003), « La Scolarisation des enfants et adolescents handicapés », *Études et Résultats*, n° 216, Drees, janvier.

Défenseur des Droits (2012), *Rapport annuel 2011.*

Eckert H. et Primon J.-L. (2011), « Enquêter sur le vécu de la discrimination», introduction au dossier spécial, *Agora*, n° 57.

Epiphane D., Jonas I. et Mora V. (2011), « Dire ou ne pas dire... les discriminations. Les jeunes femmes face au sexisme et au racisme », *Agora*, n° 57, pp. 91-106.

Eurobaromètre spécial 317 (2009), « Discrimination dans l'UE en 2009 », *TNS Opinion et Social*, novembre.

Fattman A. (1981), « Les enquêtes de victimation : leur contribution et leurs limites », *Déviance et société*, vol. 5, n° 4, pp. 423-440.

Galland O. (2006), « Jeunes : les stigmatisations de l'apparence », *Économie et Statistique*, n° 393-394, pp. 151-183.

Garner H., Méda D. et Sénik C. (2006), « La place du travail dans les identités », *Économie et Statistique*, n° 393-394, pp. 21-40.

Grémy J.-P. (2007), « Les *défaillances de la mémoire* dans les enquêtes de victimation », *Bulletin de méthodologie sociologique*, 94/2007.

Grémy J.-P. (2001), « Mesurer la délinquance à partir de témoignage des victimes. L'enquête pilote IHESI-Insee de janvier 1999 », collection *Études et Recherches*, Institut des hautes études de la sécurité intérieure (IHESI).

Houseaux F. (2003), « La famille, pilier des identités», *Insee première*, n° 937.

Midy L. (2009), « Enquête *Vie quotidienne et santé* : limitations dans les activités et sentiment de handicap ne vont pas forcément de pair », *Insee première*, n° 1254.

Mormiche P. (2001), « L'enquête *HID* de l'Insee, objectifs et schéma organisationnel », *Gérontologie et société*, n° 99, pp. 57-77.

Mormiche P. (2000), « Le handicap se conjugue au pluriel », *Insee première*, n° 742.

Mucchielli L., Raquet E. et Saladino C. (2013), « Victimation et sentiment d'insécurité dans une petite ville de l'agglomération marseillaise », *Études et Travaux de l'ORDCS*, n° 7, Observatoire régional de la délinquance et des contextes sociaux, université d'Aix-Marseille.

Ravaud J.-F. et Mormiche P. (2003), « Santé et handicaps, causes et conséquences d'inégalités sociales », *Comprendre – Les inégalités*, n° 4, pp. 87-106.

Ruffin D. et Ville I. (2006), « Les expériences de santé comme vecteur de l'identité », *Économie et Statistique*, n° 393-394, pp. 61-79.

Statistique Canada (2008), « L'enquête sur la participation et les limitations d'activités de 2006 : l'expérience de travail des personnes avec incapacité, au Canada », *Document analytique*, n° 007.

Ulrich V. (2011), « La situation sur le marché du travail en 2008 des personnes ayant une reconnaissance administrative de leur handicap », *Dares Analyse*, n°040, Dares, juin.