

BTS ECONOMIE SOCIALE FAMILIALE

SOCIETE, INSTITUTIONS ET VIE QUOTIDIENNE

Durée : 5 heures

Coefficient : 5

Calculatrice interdite

BTS ECONOMIE SOCIALE FAMILIALE		
Session 2003	Société, institutions et vie quotidienne	Coefficient : 5
Code : ESSIVQ	Durée : 5 heures	Page 1/7

L'impossible « comme avant »

Antoine, qui a perdu l'usage de ses jambes dans un accident de voiture, s'exprime : « *Si on veut s'en sortir, il ne faut pas se leurrer et penser qu'avec le temps tout sera comme avant. Se réadapter physiquement demande beaucoup d'énergie et de volonté, mais le plus dur, c'est ce qui est impalpable. C'est-à-dire les nouvelles relations avec soi-même et avec les autres* ».

« Handicap : comment l'aider à le surmonter »
Dossier Familial – Novembre 1998 – n° 286

Dans un devoir composé :

- Expliquez les conséquences dans la vie d'un adulte, de la survenue d'un handicap physique, comme évoqué ci-dessus.
- Analysez les variables qui peuvent faciliter ou non l'acceptation du handicap et sa gestion dans la vie quotidienne.
- Présentez les mesures qui, dans le cadre législatif, ont pour objectif l'intégration sociale et professionnelle des personnes adultes handicapées physiques et les limites de ces mesures.

ANNEXE 1 : Bénéficiaires de l'aide sociale et Dépenses d'aide sociale
Tableaux de l'Economie Française 2002-3 INSEE

ANNEXE 2 : Les images sociales suscitées par la personne présentant un handicap moteur
La santé de l'homme – n° 350 – Nov-déc. 2000

ANNEXE 3 : Le handicap est une situation de deuil.
Avis du docteur Bazot, neuropsychiatre. Dossier familial – Nov. 1999 n° 286

ANNEXE 4 : Les inégalités sociales aggravent les déficiences.
Paul Benkimoun. Le Monde 5 octobre 2002

ANNEXE 5 : Emploi : des difficultés notables.
La santé de l'Homme – n° 350 – Nov-déc. 2000

BAREME :

Fond 16 points (5 + 4 + 7)

Forme 4 points

ANNEXE 1

Nombre de bénéficiaires de l'aide sociale départementale

effectifs au 31 décembre

	1999	2000	2000/99
Aide sociale à l'enfance (ASE)			
Enfants confiés à l'ASE	116 447	116 098	- 0,3
soit : mesures judiciaires	85 521	85 040	- 0,6
mesures administratives	31 177	31 058	- 0,4
Placements directs par un juge	26 871	26 451	- 1,6
Actions éducatives	130 788	131 497	0,5
dont : à domicile	33 025	32 710	- 1,0
en milieu ouvert	97 763	98 787	1,0
Aide sociale aux personnes handicapées (ASPH)			
Aide à l'hébergement :			
- accueil en établissement	79 125	79 075	- 0,1
- accueil familial	3 167	3 382	6,8
- accueil de jour	8 451	8 156	- 3,5
Aide à domicile :			
- aides ménagères et auxiliaires de vie	12 038	13 049	8,4
Allocation pour tierce personne des moins de 60 ans			
	91 674	95 634	4,3
Aide sociale aux personnes âgées (ASPA)			
Aide à l'hébergement :			
- accueil en établissement au titre de l'ASH	123 743	120 032	- 3,0
- accueil familial	1 218	1 434	17,7
- prestation spécifique dépendance en établissement	52 293	62 046	18,7
Aide à domicile :			
- aides ménagères	69 608	64 908	- 6,8
- prestation spécifique dépendance à domicile	57 912	68 363	18,0
Allocation pour tierce personne des 60 ans et plus**			
	65 170	45 956	- 29,5

Dépenses brutes d'aide sociale relevant de la compétence de l'État ¹

	millions d'euros	
	1999	2000
Aide sociale aux personnes handicapées	958,4	991,2
Centres d'aide par le travail (CAT)	953,4	987,0
Allocation différentielle	5,0	4,2
Centres d'hébergement et de réadaptation sociale	455,0	453,9
dont : réfugiés	76,1	62,5
Aide médicale (IVG et soins aux SDF)	123,2	47,4
Sans domicile fixe : autres formes d'aide sociale	56,7	55,4
Personnes handicapées	16,4	16,5
Personnes âgées	39,4	38,8
Enfance	0,9	0,1
Aide sociale aux personnes âgées	1,9	0,8
Tutelle et curatelle d'État	89,7	99,3
Divers	5,3	4,9
Total	1 690,2	1 652,9

Tableaux de l'Economie Française
2002-3 INSEE

ANNEXE 2

Les images sociales suscitées par la personne présentant un handicap moteur

Si la perception d'autrui se nourrit d'une multitude d'indicateurs, les caractéristiques physiques d'une personne restent néanmoins une information fondamentale, en particulier dans une société qui valorise le corps jeune, sain et beau. Ces caractéristiques sont particulièrement importantes lors de la formation des premières impressions qui détermineront ensuite un jugement plus construit. Afin de mieux comprendre les attitudes et comportements vis-à-vis des personnes handicapées physiques dans la vie quotidienne, il nous semble intéressant d'analyser les images sociales suscitées par le handicap. Existe-t-il des caractéristiques spécifiques que nous tendons à attribuer aux personnes handicapées ? Que ressentons-nous lorsque nous sommes confrontés à l'image du handicap ?

Nos études montrent que l'on attribue aux personnes handicapées physiques des caractéristiques spécifiques qui confèrent à cette catégorie sociale une essence psychologique. Ainsi, la déficience n'indique pas seulement une caractéristique physique de la personne, elle la définit socialement. Plus spécifiquement, les personnes handicapées sont perçues comme volontaires (*il en faut de la volonté pour dépasser les limites imposées par la déficience*), attentives aux autres (*on comprend mieux les autres quand on a soi-même souffert*), créatives (*l'imagination permet de compenser les difficultés physiques*), optimistes, mais peu sûres d'elles.

Par ailleurs, nos études montrent également que cette perception spécifique à l'égard des personnes handicapées se nourrit de réactions affectives particulières. Ainsi, les personnes handicapées suscitent plus de compassion, de révolte, d'inquiétude et d'angoisse que les personnes valides.

Cependant, parmi ces réactions, la compassion est plus ressentie vis-à-vis d'individus, alors que les autres affects semblent plutôt provoqués par la situation spécifique de handicap. En effet, face à des situations difficiles sur lesquelles nous n'avons aucune emprise, telles que le handicap moteur, nous pouvons ressentir de la révolte liée à un sentiment d'injustice et d'impuissance face au sort. L'angoisse et l'inquiétude pourraient s'expliquer de deux manières : d'une part, nous avons peur de nous retrouver nous-mêmes un jour dans une situation de handicap et, d'autre part, nous appréhendons les interactions éventuelles avec des personnes handicapées, situation peu familière pour laquelle nous manquons de règles de conduite.

Cependant, la perception sociale à l'égard des personnes handicapées devient moins stéréotypée, à partir du moment où les personnes interrogées fréquentent des personnes handicapées et dépend du type de relation établie (en particulier relation thérapeutique ou intime). Les individus qui travaillent avec des personnes handicapées dans une relation thérapeutique perçoivent ces dernières sous un jour moins favorable. Les personnes handicapées perdent, en quelque sorte, le prestige lié à leur étiquette catégorielle. Les proches des personnes handicapées, quant à eux, conservent une image positive, mais il s'agit sans doute moins d'un stéréotype que de la valorisation « naturelle » d'une personne avec laquelle on entretient une relation affective intime.

Une atteinte à l'intégrité du corps semble éveiller des affects tels que l'angoisse et l'inquiétude qui pourraient avoir comme conséquence une mise à distance des personnes concernées. Toutefois, si pour d'autres catégories sociales, la mise à distance est généralement justifiée par des différences culturelles, la discrimination à l'égard des personnes handicapées (même si elle peut paraître positive) ne repose que sur la différence physique. La déficience est alors à l'origine des barrières psychosociales qui constituent le véritable handicap.

La santé de l'homme

n° 350 – Novembre-décembre 2000

ANNEXE 3

« Le handicap est une situation de deuil »

Avis du docteur Bazot, neuropsychiatre*

Les malades qui arrivent au centre ont des pathologies diverses : accidents vasculaires cérébraux, traumatismes par suite d'accident..., et les séquelles sont multiples et variées. Le point commun est la nécessité de s'adapter à son nouvel état afin de se donner les meilleures chances de rééducation. Le vécu du malade est souvent fonction de la personnalité antérieure, mais certains se « révèlent » pendant l'épreuve et montrent un courage et une volonté auxquels on ne se serait pas attendu. Accompagner le malade pour l'aider à se resituer est un souci constant : certains fuient dans une illusion de récupération totale, d'autres s'effondrent dans la passivité. La dépression se traduit par des ruminations d'idées noires, par l'abandon ou la stagnation de la rééducation, ou encore par de l'agressivité. Il arrive aussi que l'on assiste à un « syndrome de glissement » chez les personnes les plus âgées, qui peuvent se laisser aller jusqu'à la mort. Il faut savoir aussi que certaines lésions cérébrales modifient fondamentalement l'humeur ou les réactions du sujet. Le handicap est au fond une situation de deuil : deuil d'une partie de soi, du mode de vie antérieur avec les relations sociales et familiales, qui évoluent forcément. Il est normal que l'acceptation de ce deuil prenne du temps, et la famille peut être d'un grand secours. Ni hyperprotection ni stimulation excessive, chacun doit d'abord être disponible mais rester authentique et respectueux de la personne. On peut, avec les meilleures intentions du monde, manipuler une personne handicapée et la déposséder de son statut de sujet autonome dans ses choix et ses désirs. Il arrive aussi souvent que les proches soient déstabilisés par cette épreuve; ils ne doivent pas hésiter à se faire épauler par les professionnels. L'impact psychique du traumatisme, qui n'est pas toujours en rapport avec la gravité du handicap, est parfois difficile à évaluer. On observe des cas de « névroses traumatiques » où l'angoisse de la mort imminente est une constante hantise. Un accompagnement psychothérapeutique à long terme est alors nécessaire ».

* Au centre de réadaptation de l'hôpital des Invalides, à Paris

Dossier familial – Novembre 1998, n° 286

ANNEXE 4

Les inégalités sociales aggravent les déficiences et leurs conséquences

UNE « DOUBLE PEINE ». Pour les personnes présentant un handicap ou des déficiences, le milieu social va entraîner des écarts « *tout à fait considérables* ». Inégalités qui vont se retrouver dans les modes de prise en charge de ces déficiences et dans leur traduction en incapacités. Comme c'est le cas pour l'espérance de vie ou la santé, les résultats de l'enquête « handicap, incapacités, dépendance » (HID), dirigée par l'Insee, montrent que « *les écarts entre familles de cadres supérieurs et d'ouvriers (...) vont presque du simple au double* » pour les déficiences. La tendance, qui ne tient ni au sexe ni à l'âge, est même d'autant plus marquée que le nombre de déficiences est élevé : la proportion de personnes déclarant au moins une déficience est 1,65 fois plus importante chez les ouvriers que chez les cadres ; elle est 2,5 fois plus élevée pour celles déclarant au moins cinq déficiences. Et encore, les responsables de l'étude estiment que « *les déclarations relevées par les enquêteurs sous-estiment probablement l'ampleur des écarts* ».

Analysant ces résultats, Pierre Mormiche (Insee) avance « *deux arguments suggérant que l'inégalité sociale explique au moins une partie des écarts de déficiences* ». Tout d'abord, le fait que leur fréquence est plus faible pour les enfants dont les parents appartiennent aux catégories les plus favorisées. De telles « *inégalités sociales observées chez les enfants plaident donc en faveur d'une influence forte du milieu social sur la santé, les accidents et les déficiences* », estime-t-il. Par ailleurs « *on retrouve pour les déficiences apparues à l'âge adulte l'inégale distribution selon le milieu social d'origine, déjà constatée chez les enfants* ».

Les inégalités selon le milieu social apparaissent également dans les modes de prise en charge des déficiences, au point que l'on peut parler de « *sur-représentation populaire dans les institutions* ». « *l'hébergement en institution socio-sanitaire est deux fois et demie plus fréquent chez les ouvriers, employés que chez les cadres et professions intermédiaires* », écrit M. Mormiche. Pour les 45-49 ans, la fréquence est même six fois plus élevée chez les ouvriers et employés. Partant du fait que pour les adultes de moins de 60 ans, la majorité des personnes vivant en institution présentent des déficiences intellectuelles ou mentales, les auteurs de l'étude se sont demandés, si en empêchant l'acquisition de diplômes et donc l'accès à des emplois qualifiés, ces déficiences pourraient expliquer les inégalités sociales apparentes. Un argument vient contredire cette hypothèse, les enfants et adolescents de moins de 16 ans vivent dans le milieu social de leurs parents, qui préexiste à leurs déficiences. « *Or l'inégalité sociale est ici très forte : le rapport entre les taux d'institutionnalisation des enfants d'ouvriers et de cadres est supérieur à 6 ; plus largement, celui entre les enfants d'ouvriers et de cadres ou professions intermédiaires est de 3,5* ».

Cette inégalité sociale dans le mode de prise en charge vient en fait s'ajouter à celle constatée pour l'existence de déficiences. « *Il y aurait donc une « inégale gestion des enfants déficients » dans les divers milieux sociaux, conduisant à une entrée en institution plus fréquente pour les enfants de milieux populaires* », avance M. Mormiche. Une constatation corrobore cette explication : la sévérité des atteintes des enfants de cadres hébergés en institutions pour enfants handicapés est nettement plus prononcée que celle des enfants d'ouvriers.

De même, à l'âge adulte : 89% des hommes pensionnaires d'établissements pour handicapés sont classés en milieu ouvrier. La non-prise en compte de ceux qui travaillent en centre d'aide par le travail (tous classés comme ouvriers) ne modifie pas considérablement le déséquilibre : les ouvriers représentent quand même 73% des hommes pensionnaires d'établissements pour handicapés, alors que cette catégorie sociale ne constituait que 39% de la population générale en 1999.

Finalement, « *tout se passe comme si l'inégalité sociale cumulait ses effets à chacune des étapes du processus*, conclut P. Mormiche. *Dans un premier temps, elle génère une inégalité de santé et de déficiences ; dans un second temps, elle amplifie cette inégalité en la traduisant en incapacités ; dans un troisième temps, elle l'accroît encore lors de la confrontation avec l'environnement social, qui débouche sur des désavantages* ».

L'enquête HID met au jour d'autres inégalités sociales, par exemple en ce qui concerne le recours à des aidants professionnels pour les personnes vivant en milieu familial : les cadres, les professions intellectuelles et intermédiaires y recourent plus souvent (46%) que les employés et les ouvriers (35%). Dernier constat, « *la sous-utilisation d'aides techniques en regard des besoins exprimés, notamment en raison de leur coût pour les usagers* ».

Paul Benkimoun. Le Monde 05/10/2002

ANNEXE 5

Emploi : des difficultés notables

Une enquête de l'institut Louis Harris en 1999* révèle les réticences des entreprises à accueillir des personnes handicapées (voir tableau). Pourtant, 98% d'entre eux considèrent l'intégration professionnelle des travailleurs comme une nécessité et 68% la jugent très importante.

Pourquoi n'y a-t-il pas dans votre entreprise de salariés handicapés ? (en pourcentage de réponses)

	Europe	France
En raison du secteur d'activité et du type de travail	45	58
Aucune demande d'emploi n'est parvenue	44	37
L'entreprise a eu des handicapés dans le passé	10	0
L'entreprise est trop petite	7	11
Il n'y a pas de postes vacants	7	0
En raison des locaux et des postes de travail	6	16

Toujours selon ce sondage, 84% des chefs d'entreprise ayant embauché un candidat handicapé reconnaissent ne pas avoir rencontré de problèmes particuliers. La durée de chômage des travailleurs handicapés est deux fois supérieure à celle d'un travailleur valide.

Une enquête menée par Jean-François Ravaud, chercheur à l'Inserm, auprès d'un quota d'entreprises dont les métiers étaient tout à fait accessibles aux travailleurs handicapés, a montré une forte discrimination à l'embauche de ce public. Avec une très haute qualification, les candidats handicapés avaient deux fois moins de chance d'avoir une réponse positive d'emploi et avec une qualification plus modeste, quatre fois moins de chance qu'un candidat valide. Cette situation difficile ne concerne pas seulement les entreprises privées dans la mesure où les effectifs dans la fonction publique d'Etat n'excèdent que très faiblement les 3%.

* Enquête auprès de 250 chefs d'entreprise dans cinq pays (Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume-Uni).

Source : Situations de handicap et cadre de vie. Rapport présenté par M. Vincent Assante. Rapport du Conseil économique et social, 2000 : 104 p.

LA SANTÉ DE L'HOMME – N° 350 – NOVEMBRE-DÉCEMBRE 2000