

L'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap en France

Tome 1
Résultats de l'enquête Handicap-Santé
volet Ménages

Pascale Lengagne
Anne Penneau
Sylvain Pichetti
Catherine Sermet

Remerciements

Les auteurs souhaitent exprimer leur gratitude envers Pascale Lengagne pour les conseils scientifiques qu'elle leur a prodigués au cours de la réalisation de ce rapport. Ils souhaitent par ailleurs remercier les membres du comité de suivi scientifique du projet.

Leurs remerciements vont également à Véronique Lucas-Gabrielli et Jean-Baptiste Combes pour leur relecture attentive et constructive de ce rapport.

* * *

Les travaux présentés dans ce rapport ont été financés par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et réalisés dans le cadre d'un appel à projets de l'Institut de recherche en santé publique (Iresp) en 2011.



INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ
117bis, rue Manin 75019 Paris

www.irdes.fr • Tél. : 01 53 93 43 06 • Fax : 01 53 93 43 07 • E-mail : publications@irdes.fr

- **Directeur de publication** : Yann Bourgueil • **Secrétariat général d'édition** : Anne Evans
- **Secrétariat d'édition** : Anna Marek • **Premier maquettiste** : Franck-Séverin Clérembault
- **Assistant à la mise en page** : Damien Le Torrec • **Diffusion** : Sandrine Béquignon, Suzanne Chriqui
- **Imprimeur** : TCH Réalisation (Boulogne-Billancourt, 92) • **Dépôt légal** : juillet 2015 • **ISBN** : 978-2-87812-410-1

L'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap en France

Tome 1
Résultats de l'enquête Handicap-Santé
volet Ménages

Pascale Lengagne
Anne Penneau
Sylvain Pichetti
Catherine Sermet

ISBN : 978-2-87812-410-1

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

Sommaire

Introduction.....	5
1. Contexte	9
1.1. Objectifs	9
1.2. Définition du handicap	9
2. Méthodologie.....	13
2.1. L'enquête Handicap-Santé.....	13
2.1.1. L'enquête HSM	13
2.1.1.1. Echantillonnage de l'enquête VQS.....	13
2.1.1.2. Echantillonnage de l'enquête HSM et pondération	14
2.1.1.3. La pondération dans l'étude	14
2.1.1.4. La population d'étude.....	15
2.1.2. L'appariement avec les données du Sniiram.....	15
2.2. Les marqueurs de handicap	16
2.2.1. Les limitations fonctionnelles.....	16
2.2.1.1. Les limitations motrices	16
2.2.1.2. Les limitations cognitives.....	17
2.2.1.3. Les limitations auditives	20
2.2.1.4. Les limitations visuelles	20
2.2.2. La reconnaissance administrative de handicap	21
2.2.2.1. Statistiques descriptives de la reconnaissance administrative du handicap	23
2.2.3. Croisement de la reconnaissance administrative du handicap et des limitations fonctionnelles.....	26
2.2.3.1. Comparaison des caractéristiques des individus déclarant des limitations fonctionnelles reconnues administrativement par rapport aux personnes déclarant des limitations fonctionnelles non reconnues.....	27
2.2.3.2. Caractéristiques des individus déclarant une reconnaissance de handicap sans déclarer de limitations fonctionnelles.....	27
2.3. Les variables de contexte	28
2.3.1. Les variables démographiques	28
2.3.2. Les variables socio-économiques	28
2.3.3. Les variables géographiques.....	29
2.3.4. Les besoins de soins.....	29
3. Résultats.....	31
3.1. Les soins dentaires	31
3.1.1. Le recours aux soins dentaires	31
3.1.2. Etude de la dépense, des restes à charge et des dépassements d'honoraires liés aux soins dentaires	37

3.2. Les soins ophtalmologiques	45
3.2.1. Le recours aux soins ophtalmologiques	45
3.2.2. Etude de la dépense, des restes à charge et des dépassements d'honoraires liés aux soins ophtalmologiques	50
3.3. Les soins gynécologiques	57
3.3.1. Le recours aux soins gynécologiques.....	57
3.3.2. Etude de la dépense, des restes à charge et des dépassements d'honoraires liés aux soins gynécologiques	62
3.4. L'accès aux soins préventifs des personnes en situation de handicap	66
3.4.1. Le dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-vaginal.....	66
3.4.2. Le dépistage du cancer du sein par mammographie.....	72
3.4.3. Le cancer du côlon	77
3.4.4. La vaccination contre l'hépatite B	82
3.4.5. Dépistage du cholestérol.....	86
4. Discussion	89
Annexes	91
Annexe électronique	
 Les tableaux statistiques de ce rapport sont présentés dans leur forme intégrale dans un fichier Excel : www.irdes.fr/donnees/560-l-acces-aux-soins-courants-et- preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.xls	
Annexe 1	
Note sur l'élaboration d'une classification du handicap psychique à partir des données de l'enquête HSM.....	93
Annexe 2	
Descriptif des reconnaissances administratives de handicap.....	105
Annexe 3	
Tableaux de résultats de l'analyse du recours au test du cholestérol	113
Annexe 4	
Les modèles économétriques.....	115
Annexe 5	
Tableau de statistiques descriptives	117
Bibliographie	119
Liste des tableaux	125

Introduction

Il y a presque dix ans, les pouvoirs publics ont fait de l'insertion des personnes en situation de handicap une priorité nationale. La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, rappelle le principe général de non-discrimination et oblige la collectivité à garantir les conditions de l'égalité des droits et des chances à chacun. L'accès aux soins et à la prévention est un des domaines spécifiquement visés par cette loi. Trois ans après la promulgation de cette loi, l'audition publique conduite par la Haute Autorité de santé (HAS) en 2008 sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap soulignait que si la société française avait progressé sur l'essentiel des soins spécifiques au handicap, les obstacles à l'accès aux soins courants ainsi qu'aux soins préventifs étaient encore multiples et complexes (HAS, 2011). Cette question de l'accès aux soins des personnes en situation de handicap demeure d'actualité aujourd'hui, ainsi que le rappelle le récent rapport Jacob (2013) dont plusieurs propositions visent à systématiser les rendez-vous avec les spécialistes hors parcours de soins (le dentiste, le gynécologue, l'ophtalmologue), ce qui témoigne que des progrès peuvent encore être faits sur l'accès aux soins courants des personnes en situation de handicap.

Si la connaissance des problèmes d'accès aux soins courants a bien progressé dans de nombreux pays au cours des dernières années, elle est restée jusqu'à maintenant trop parcellaire en France. De nombreuses études étrangères ont fait le constat d'un moindre recours aux soins des personnes handicapées. Ce moindre recours a été mis en évidence pour les soins préventifs, par exemple pour les examens ophtalmologiques de routine, et les examens de dépistage des cancers, tels que la mammographie, le frottis cervico-vaginal, le dosage des antigènes spécifiques de la prostate (PSA) (Chan *et al.*, 2008 ; Chevarley *et al.*, 2006 ; Drew et Short, 2010 ; Ramirez *et al.*, 2005). Concernant les soins curatifs, le constat est le même : le recours aux soins médicaux, dentaires, aux soins de spécialistes, à la rééducation, aux médicaments et aux lunettes sont moins fréquents (Horner-Johnson *et al.*, 2014). Malgré des contacts réguliers avec les médecins, les besoins non satisfaits sont plus fréquents pour les personnes en situation de handicap (Beatty *et al.*, 2003 ; Chevarley *et al.*, 2006 ; Parish et Huh, 2006 ; Popplewell, 2014).

Jusqu'à une période récente, il existait peu d'études françaises sur cette question, ce qui s'expliquait d'abord par l'absence, qui a longtemps prévalu, de données permettant à la fois d'identifier et de caractériser la population des personnes en situation de handicap et de mesurer le recours de cette population aux soins dans les enquêtes de santé en population générale. Les enquêtes Handicap-Santé Ménages (HSM) et Institution (HSI) réalisées par la Drees et l'Insee en 2008-2009 ont en partie comblé ce manque en permettant par ailleurs d'approcher le handicap de plusieurs façons, selon son type, sa gravité ou la reconnaissance administrative de celui-ci. Si les études françaises consacrées au sujet de l'accès aux soins sont demeurées rares ces dernières années, plusieurs rapports ont permis de faire progresser la connaissance sur des problèmes ciblés d'accès aux soins : sur les soins dentaires, rapport Limouzin (2004), rapport Hescot et Moutarde (2010) ; sur la mammographie (CREAI PACA, 2011) ; sur le dépistage des cancers chez les personnes en situation de handicap (CREAI, 2010) ; sur la prise en charge du handicap psychique (Igas, 2011b). Si chacune de ces études offre un éclairage sur un problème spécifique d'accès aux soins, aucune étude – à l'exception toutefois de l'audition publique de la HAS en 2008 – n'a offert à ce jour un panorama global actualisé de l'accès aux soins courants des personnes en situation de handicap en France.

Le présent rapport, écrit dans le cadre du projet ReSHa (Inégalités de recours aux soins des personnes en situation de handicap) ambitionne de proposer un tel panorama à partir de la même source de données pour tous les soins (l'enquête Handicap-Santé Ménages). Débuté au deuxième trimestre de l'année 2012 pour une durée de deux ans, dans le cadre d'un appel à recherche portant sur le handicap et la perte d'autonomie lancé par l'Institut de recherche en santé publique (IReSP) et financé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), le projet ReSHa a pour objectif de réaliser un état des lieux du recours aux soins courants et à la prévention des personnes en situation de handicap, que ces personnes vivent en « ménages » ou en « institution ».

Cette étude comporte l'analyse de trois soins courants (les soins dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques) et de cinq actes de prévention ou de dépistage (le dépistage du cancer du sein, du cancer du col de l'utérus, du cancer colorectal, la vaccination contre l'hépatite B et le test du cholestérol). Chacun des trois soins courants sélectionnés représente un enjeu important en termes d'accès pour les personnes en situation de handicap :

- **L'accès aux soins dentaires.** Le handicap est susceptible d'accroître les besoins de soins bucco-dentaires en même temps qu'il constitue un obstacle à l'accès à ces mêmes soins. Il augmente les besoins car les troubles immunitaires, la prise de certains médicaments, l'hygiène quelquefois déficiente chez les sujets dépendants, la consommation de tabac ou d'alcool fréquente chez les personnes atteintes de handicap psychique ou les psychotropes qui modifient la quantité et la qualité de la salive, peuvent exercer une influence sur le développement des pathologies infectieuses comme les maladies carieuses et parodontales. Dans le même temps, le handicap entrave l'accès aux soins buccodentaires : l'existence d'un trouble cognitif, sensoriel ou moteur est susceptible d'altérer la pleine coopération du patient au moment de la dispensation des soins dentaires (Becker et Shapira, 1996; Becker *et al.*, 2001; Hobson *et al.*, 2005).
- **L'accès aux soins gynécologiques.** Plusieurs obstacles sont susceptibles d'entraver cet accès aux soins : inadaptation des moyens matériels nécessaires à la consultation (par exemple, absence d'une table d'examen gynécologique adaptée), méconnaissance du handicap par le personnel, tarification insuffisante des consultations plus longues dédiées aux personnes en situation de handicap.
- **L'accès aux soins ophtalmologiques.** La prévalence des problèmes de réfraction oculaire semble être plus forte pour les personnes qui ont des déficiences mentales. Par exemple les personnes handicapées trisomiques peuvent présenter une prévalence plus élevée de troubles de la vision. Parallèlement, l'accès aux soins ophtalmologiques des personnes en situation de handicap semble plus faible, ce qui peut être aussi s'expliquer en partie par des problèmes d'expression des besoins.

De même, l'accès à la prévention et au dépistage est un enjeu majeur tant pour les personnes en situation de handicap que pour l'ensemble de la population. Certains des actes de dépistage sélectionnés font partie de programmes de santé publique ou de dépistage organisés. En l'absence de recommandation particulière justifiant une fréquence plus grande de réalisation de ces dépistages pour les personnes handicapées, il semble raisonnable de considérer qu'ils devraient être aussi fréquents dans la population en situation de handicap que dans la population qui n'est pas touchée par le handicap. Une recommandation du rapport Jacob (2013) insiste sur la nécessité de « rendre obligatoire un volet handicap dans toutes les campagnes de prévention nationales ». Le présent rapport documente les cinq activités de préventions suivantes :

- **Le dépistage du cancer du sein.** La France a généralisé en 2004 à l'ensemble du territoire un programme de dépistage organisé du cancer du sein à destination des femmes de 50 à 75 ans comportant une mammographie et un examen des seins. Le taux de partici-

pation à ce dépistage est stabilisé depuis 2008 et est légèrement supérieur à 50 % (Lastier *et al.*, 2013).

- **Le dépistage du cancer du col de l'utérus.** Il n'existe pas en France de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus¹. Le dépistage individuel par frottis cervico-utérin est en revanche largement pratiqué, mais il est très inégalement réparti, certaines femmes le réalisant à des intervalles plus courts que les trois ans recommandés. En moyenne, le taux de couverture est estimé à 58,7 % par la Cnamts et à 81 % à partir des déclarations des femmes concernées dans le baromètre santé (Duport, 2008).
- **Le dépistage du cancer du côlon.** Le dépistage du cancer du côlon par un test de sang occulte dans les selles a été généralisé en 2008 à l'ensemble du territoire pour toutes les personnes âgées de 50 à 74 ans. Après plusieurs années de généralisation, les taux de participation à ce dépistage restent faibles, à peine supérieurs à 30 %, bien en deçà du taux minimum européen « acceptable » de 45 % (INVS, 2012).
- **Le dosage du cholestérol sanguin.** Le dosage du cholestérol dans le sang fait partie des analyses sanguines de routine destinées à dépister un facteur de risque cardiovasculaire. Il n'y a pas de recommandation particulière concernant la réalisation de ce dosage. En revanche, les résultats de ce dosage conditionnent ultérieurement la prise en charge thérapeutique de ce facteur de risque.
- **La vaccination contre l'hépatite B.** Existant depuis 1982, la vaccination contre l'hépatite B n'a pas de caractère obligatoire. Elle est cependant recommandée pour tous les enfants avant 15 ans et chez les personnes à risque élevé d'exposition, comme les enfants et adolescents accueillis dans les services et institutions pour l'enfance et la jeunesse handicapées et les enfants et adultes accueillis dans les institutions psychiatriques. La diffusion de ce vaccin a été très largement freinée par une polémique sur le risque de développement ou de réactivation de sclérose en plaques consécutif à la vaccination contre l'hépatite B. Ce risque n'a jamais été démontré et l'OMS a maintenu les recommandations de vaccination (OMS, 2002).

Ce premier volet du rapport présente les résultats obtenus sur les personnes handicapées vivant en ménage ordinaire calculés à partir des données de l'enquête Handicap-Santé volet Ménages. Il comprend trois parties. La première partie introduit les objectifs de cette étude et propose une discussion autour de la définition du handicap. Les choix méthodologiques effectués sont présentés dans la seconde partie ainsi que les marqueurs de handicap sélectionnés. Enfin, la dernière partie discute les résultats obtenus.

¹ A l'exception de quatre départements.

1. Contexte

1.1. Objectifs

Ce projet vise à répondre à la question récurrente des inégalités d'accès au système de soins en l'appliquant à la population particulièrement vulnérable des personnes en situation de handicap. Il propose de faire un état des lieux du recours aux soins des personnes en situation de handicap en explorant deux grandes catégories de soins, les soins préventifs et les soins médicaux courants sans lien avec le handicap.

Ce projet a pour ambition de répondre aux cinq objectifs suivants :

- Mesurer l'utilisation des soins, en fréquence et en valeur, par la population en situation de handicap, à domicile et en institution et la comparer à celle de la population sans handicap. Pour les trois soins courants, pour le vaccin contre l'hépatite B ainsi que pour le dépistage du cholestérol, le rapport se restreint à la tranche d'âge des 20-60 ans, ce choix se justifie par le fait que le soixantième anniversaire marque en France le passage de la protection sociale des personnes handicapées vers celle des personnes âgées dépendantes, un certain nombre de prestations sociales spécifiques au handicap laissant alors place aux prestations réservées aux personnes âgées (Gohet, 2013). L'idée de circonscrire l'analyse en deçà de cette limite des 60 ans vise donc à garantir que l'on reste sur le seul champ du handicap sans entrer dans celui de la dépendance. Les recommandations nationales pour les soins préventifs du dépistage du cancer du col de l'utérus et le dépistage du cancer du sein ainsi que le dépistage du cancer du côlon sont étudiés sur une population qui se restreint aux personnes âgées de 25-64 ans pour le cancer du col de l'utérus et pour les 50 à 74 ans pour les deux derniers.
- Rechercher, à pathologie et facteurs de risque comparables, l'existence d'inégalités d'accès aux soins préventifs (mammographie, dépistage du cancer du côlon, frottis cervical, dépistage du cholestérol, vaccination contre l'hépatite B) et aux soins courants (soins dentaires, gynécologiques et ophtalmologiques) chez les personnes en situation de handicap entre elles et par rapport aux personnes qui ne présentent pas de handicap.
- Explorer les déterminants de ces inégalités d'accès aux soins.
- Evaluer l'impact des inégalités sociales sur les inégalités d'accès aux soins.
- Etudier le reste à charge après assurance maladie obligatoire (Raco) des individus en situation de handicap pour savoir quels sont les individus les plus exposés aux restes à charge importants et les handicaps qui engendrent le plus de charges financières pour les patients

1.2. Définition du handicap

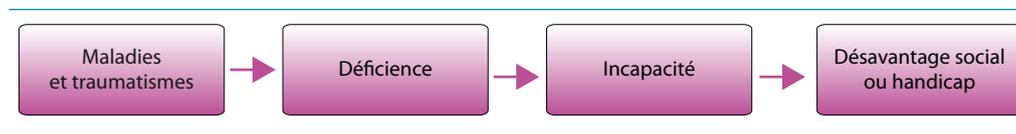
Le terme « handicap » est apparu dans le langage usuel pour désigner une personne invalide ou infirme au milieu des années 1950. Vers la fin des années 1960 se forme un nouveau courant de pensée qualifié d'approche socio-constructive ou de « constructionnisme social » du handicap (Ravaud *et al.*, 2002). Le handicap n'est plus considéré sur la seule base

de la notion de déficience mais s'appuie alors également sur les conditions environnementales et les désavantages sociaux provoqués par cette déficience. Ce courant de pensée met également en avant le fait que la notion même de handicap doit être appréhendée en tenant compte de l'influence de facteurs historiques, culturels et sociaux (Ravaud *et al.*, 2002).

Une grande part des concepts, des enquêtes et des indicateurs résulte des réflexions menées sur la construction de classifications du handicap par l'OMS au début des années 1970. En effet, le besoin d'un outil de description et de collecte de données conduit à développer des travaux qui aboutissent à la création de la Classification internationale des handicaps (CIH) par l'OMS en 1980 (WHO, 1980). La CIH distingue trois niveaux de handicap : les déficiences, les incapacités et le désavantage (Chapireau, 2001). Ces niveaux de handicap sont définis dans la CIH de la manière suivante :

- Déficience : « Dans le domaine de la santé, la déficience correspond à toute perte de substance ou altération d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique ».
- Incapacité : « Dans le domaine de la santé, une incapacité correspond à toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon normale ou dans les limites considérées comme normales, pour un être humain ».
- Désavantage : « Dans le domaine de la santé, le désavantage social d'un individu est le préjudice qui résulte de sa déficience ou de son incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal, compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socioculturels ».

Figure 1 – CIH ou schéma de Wood (OMS-Inserm-CTNERHI, 1988)



En 1999, un groupe d'experts est chargé de coordonner la révision de la CIH (Bickenbach *et al.*, 1999). La conclusion de l'article réalisé par ces experts est la suivante :

« Plutôt que d'identifier des besoins spéciaux qui requièrent une attention spéciale (et une législation spéciale, des agences spéciales et des experts spéciaux), nous avons besoin de voir que toutes les personnes ont des besoins qui varient de manière grossièrement prévisible, dans le cours de leur vie. La politique de l'incapacité n'est donc pas une politique pour quelque groupe minoritaire, c'est une politique pour tous » (p. 1182).

L'esprit de cette révision de la CIH vise donc par conséquent à modifier les concepts de « handicap » identifiant des groupes minoritaires dont les droits civiques doivent être protégés par une notion plus « universaliste » consistant à la modification de l'environnement global permettant à chacun une pleine participation (Chapireau, 2001).

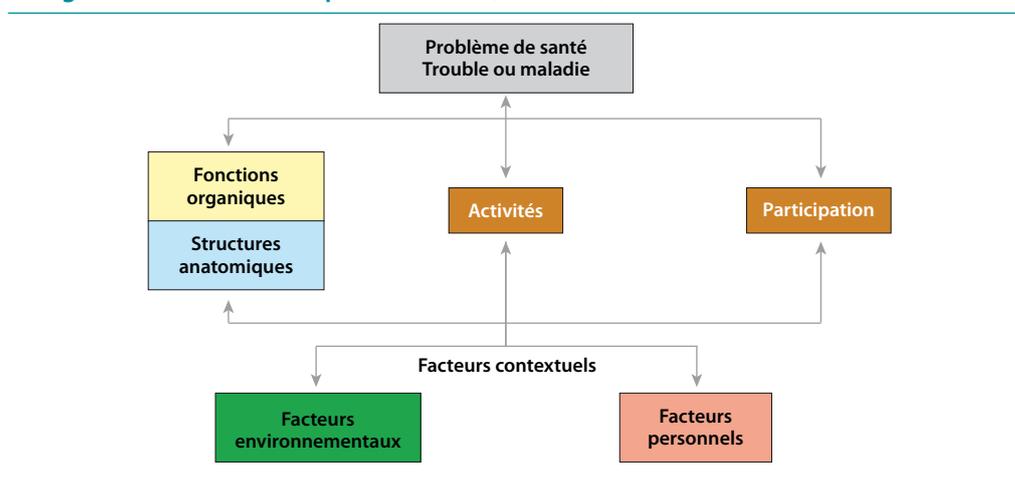
C'est ainsi que l'OMS crée en 2011 la Classification internationale du fonctionnement (Cif)². La Cif détermine deux types de composantes au fonctionnement (terme préféré à

² WHO (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) <http://www.who.int/classifications/icf/en/>

« handicap » dans la perspective de ne pas créer de discrimination en composant une liste de difficultés mais en produisant une description universelle du fonctionnement humain). La première est l'organisme, lui-même composé des fonctions organiques et de la structure anatomique. La seconde composante repose quant à elle sur les activités et la participation.

Les fonctions organiques sont les fonctions physiologiques des systèmes organiques (y compris les fonctions psychologiques). Les structures anatomiques désignent les parties du corps comme les organes, les membres et leur composante. Les limitations d'activité désignent les difficultés qu'une personne peut rencontrer pour mener une activité. Les restrictions de participation qualifient les problèmes qu'une personne peut rencontrer pour participer à une situation réelle. Une autre particularité de la Cif est l'introduction des facteurs environnementaux, c'est-à-dire l'environnement physique, social et attitudinal dans lequel les gens vivent et mènent leur vie.

Figure 2 – Schéma conceptuel de la Cif (CTNERHI)



En France, c'est durant l'entre-deux-guerres que les premiers éléments de la législation moderne en faveur des personnes atteintes de déficiences sont mis en place avec la loi du 26 avril 1924 assurant l'emploi obligatoire des mutilés de guerre. Par la suite, la loi du 23 novembre 1957 sur le classement professionnel des travailleurs handicapés élargit les bénéficiaires d'aide à l'emploi en créant la Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH). Puis il faut attendre les deux lois de 1975 qui vont marquer un tournant important dans l'histoire de la législation française sur le handicap. La loi d'orientation en faveur des personnes handicapées de 1975³ qualifie d'obligation nationale l'intégration des personnes handicapées et permet la création des Commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (Cotorep) ainsi que de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH). Cependant, cette loi ne contient aucune définition du handicap laissant ainsi aux Cotorep le soin de définir la notion. La loi 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales se consacre quant à elle à la séparation des champs social et médicosocial du champ hospitalier. La loi de 1987 permet de renforcer l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés. Enfin, la loi de 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées conduit à la création des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) mais également à la création de la Prestation de compensation du handicap (PCH) [Bertrand, 2013]. Cette loi introduit ainsi la notion de « projet

³ Loi 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

de vie » mais pose aussi les bases pour la première fois d'une définition législative du terme handicap :

« Art. L. 114. Constitue un handicap, au sens de la présente loi, 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. »

2. Méthodologie

2.1. L'enquête Handicap-Santé

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

2.1.1. L'enquête HSM

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

2.1.1.1. Echantillonnage de l'enquête VQS

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

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

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

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

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

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

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

¹ Enquête Vie quotidienne et santé

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

Source : Bouvier G. (2011), Insee.

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

2.1.1.2. Échantillonnage de l'enquête HSM et pondération

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

2.1.1.3. La pondération dans l'étude

La méthode de stratification opérée lors de la récolte des données HSM nécessite un redressement des statistiques. Les statistiques descriptives qui suivent dans le rapport comprennent des pourcentages pondérés représentatifs de la population générale.

Les estimateurs des paramètres des régressions logistiques pondérés et non pondérés diffèrent lorsqu'une partie de la population est surreprésentée. Sans pondération, la surreprésentation, dans HSM, des personnes handicapées entraînerait une sur estimation des écarts de recours entre les personnes handicapées et sans handicap. Comme notre objectif

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

consiste à comparer l'écart de recours aux soins entre les personnes en situation de handicap et les personnes sans handicap nous avons appliqué la pondération.

2.1.1.4. La population d'étude

L'enquête Handicap-Santé volet Ménages est constituée de 29 931 personnes. Les analyses des soins courants (soins dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques) ainsi que celles portant sur la vaccination contre l'hépatite B sont réalisées sur la population âgée de 20 à 59 ans, qui représente 14 411 individus dans l'enquête. Cette limite de 60 ans correspond à l'âge du basculement de la protection sociale des personnes handicapées vers celle des personnes âgées dépendantes, un certain nombre de prestations sociales spécifiques au handicap laissant place aux prestations réservées aux personnes âgées (Gohet, 2013). Après retrait des valeurs manquantes, que ce soit au niveau de la variable expliquée (recours aux soins) ou à celui des variables explicatives, la base de soins dentaires comprend 14 243 personnes, la base de soins ophtalmologiques 14 247 personnes, la base de soins gynécologiques 7 594 femmes et la base de vaccination contre l'hépatite B 13 249 personnes. Pour les analyses portant sur les dépistages de cancers (frottis, mammographie, Hemocult), les échantillonnages sont réalisés sur les tranches d'âges correspondant aux recommandations nationales, soit sur les 25-64 ans pour le dépistage du cancer du col de l'utérus comprenant 15 329 individus dans l'enquête et sur les 50-74 ans pour les analyses portant sur les dépistages des cancers du sein et du côlon, ce qui représente un effectif brut de 10 672 personnes dans l'enquête. Après suppression des valeurs manquantes, la base permettant l'analyse du dépistage du cancer du col de l'utérus comprend 8 043 femmes, celle centrée sur le dépistage du cancer du sein 5 755 femmes et enfin la base portant sur le dépistage du cancer du côlon comprend 1 689 personnes n'ayant jamais effectué de coloscopie et appartenant aux départements pilotes du programme de dépistage organisé.

2.1.2. L'appariement avec les données du Sniiram

L'enquête HSM a été appariée avec les données de l'Assurance maladie (Système national d'informations inter régimes d'assurance maladie (Sniiram)), ce qui permet de récupérer pour une grande partie des enquêtés (environ 70 % d'entre eux dans l'enquête HSM) leurs consommations de soins par poste de dépenses. Cet appariement présente plusieurs intérêts. Il rend d'abord possible la réalisation d'études sur les dépenses de santé et les restes à charge des personnes qui figurent dans l'enquête. Il permet en théorie d'analyser les questions de recours aux soins (pour certains recours tels que les soins dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques dans le cadre de notre étude) en se basant non pas uniquement sur les déclarations faites par les enquêtés mais également sur le recours objectif tel qu'il est renseigné par les données de l'Assurance maladie. Toutefois, cette stratégie d'utilisation des données appariées pour identifier le recours n'a pas été suivie compte tenu des limites qui pèsent sur l'appariement, suite aux conditions difficiles dans lesquelles il a été réalisé (Montant *et al.*, 2013). La principale limite, qui a été en partie corrigée par la Drees par un travail sur la pondération, portait sur la difficulté à partiellement distinguer les personnes non consommandes des personnes non appariées. Même si cette limite est en partie surmontée, l'appariement avec les données du Sniiram présente en outre l'inconvénient de ne pas couvrir la totalité des soins, notamment les soins préventifs, que nous analysons dans ce rapport. Pour améliorer la comparabilité des résultats, il a donc été jugé plus pertinent de conserver une même approche déclarative pour tous les soins, même si les auteurs de l'étude sont conscients des biais (de mémoire⁵, d'incompréhension de la question posée mais aussi

⁵ Ainsi que le remarque Montaut *et al.* (2013), les biais de mémoire peuvent être importants. D'après l'enquête Handicap-Santé 2008, 89 % des personnes déclarent avoir eu recours à un généraliste dans les douze derniers mois alors que d'après les données du Sniiram, seules 83 % ont effectivement eu recours à ces soins.

de désirabilité sociale⁶) qui peuvent entacher les réponses apportées par les enquêtés aux questions de recours aux soins. Ainsi, dans la suite de notre étude, les données du Sniiram seront utilisées uniquement pour calculer des niveaux de consommation (dépenses, restes à charge, dépassements d'honoraires) de soins dentaires, de prothèses dentaires, de soins gynécologiques, et de soins ophtalmologiques et d'optique et de soins gynécologiques.

2.2. Les marqueurs de handicap

Dans cette étude, le handicap est appréhendé au travers de trois dimensions. La première correspond aux limitations fonctionnelles, la deuxième à la reconnaissance administrative de handicap et enfin la dernière renvoie au croisement de ces deux premières dimensions. Pour chacune de ces dimensions, plusieurs indicateurs ont été définis.

2.2.1. Les limitations fonctionnelles

L'enquête Ménages (HSM) comprend plusieurs questions sur les différentes catégories de limitations fonctionnelles – les limitations fonctionnelles motrices, cognitives, visuelles ou auditives –, un même individu pouvant cumuler plusieurs limitations d'une même catégorie ou plusieurs limitations réparties dans différentes catégories.

2.2.1.1. Les limitations motrices

Les questions relatives aux limitations fonctionnelles motrices dans l'enquête Handicap-Santé sont les suivantes :

- « Pouvez-vous marcher 500 mètres sur un terrain plat sans l'aide de quelqu'un, d'une canne ou d'une aide technique ? » (variable BDEP).
- « Pouvez-vous monter et descendre un étage d'escalier sans l'aide de quelqu'un, d'une canne, de la rampe ou d'une aide technique ? » (variable BESCAL).
- « Pouvez-vous lever le bras (par exemple pour attraper un objet en hauteur) ? » (variable BBRAS).
- « Pouvez-vous vous servir de vos mains et de vos doigts sans aide technique (par exemple pour ouvrir une porte, manipuler les robinets, saisir un crayon, utiliser des ciseaux ...) ? » (variable BSOU).
- « Pouvez-vous prendre un objet avec chacune de vos mains sans aide technique ? » (variable BMAIN).
- « Pouvez-vous vous baisser ou vous agenouiller, sans l'aide de quelqu'un ou d'une aide technique ? » (variable BAGEN).
- « Pouvez-vous porter un sac à provisions de 5 kilos sur une distance de 10 mètres sans l'aide de quelqu'un ou d'une aide technique ? » (variable BPOIDS).

Dans une première analyse, nous avons choisi comme indicateur les personnes ayant déclaré « oui, avec beaucoup de difficultés » ou « non, je ne peux pas du tout » à au moins une de ces questions. Le choix a donc été fait de poser un filtre sur l'intensité de la difficulté avec laquelle la personne interrogée peut ou non réaliser l'activité, ce qui répondait à la

⁶ Phénomène, conscient ou non, qui désigne le fait de chercher à se présenter à l'enquêteur sous son meilleur jour, et de donner la réponse que l'on pense être attendue par la société. Comme il est recommandé de se rendre au moins une fois par an chez le dentiste, la personne enquêtée peut être amenée à surestimer son recours déclaré pour se conformer à cette réponse attendue socialement (Montaut *et al.*, 2013).

volonté d'exclure des personnes pouvant ressentir des difficultés légères ou très occasionnelles finalement difficilement classables dans une catégorie de personnes en situation de handicap. L'indicateur retenu est un indicateur binaire qui permet de déterminer si les personnes ayant déclaré au moins une limitation fonctionnelle motrice recourent différemment aux soins par rapport aux personnes sans limitations fonctionnelles. Cependant, ce premier indicateur ne permet pas de distinguer les personnes faiblement handicapées de celles avec des limitations fonctionnelles plus importantes.

Dans un deuxième temps, un score allant de 0 à 7 est attribué à chaque individu en fonction du nombre de questions relatives aux limitations motrices pour lesquelles il a répondu « oui, avec beaucoup de difficultés » ou « non, je ne peux pas du tout ». Cet indicateur quantitatif permet de définir les conséquences de l'augmentation d'un point du score de limitations motrices d'un individu sur sa probabilité de recourir aux soins. Il permet de distinguer les écarts de recours aux soins en fonction du degré du handicap par catégorie de handicap.

Enfin, les personnes en fauteuil roulant ont été isolées dans une catégorie à part de la population des personnes déclarant au moins une limitation motrice, ce qui marque un degré de gravité supérieur dans l'échelle des limitations fonctionnelles motrices.

Caractéristiques des individus déclarant au moins une limitation fonctionnelle motrice importante

La proportion de la population des 20-59 ans déclarant au moins une limitation fonctionnelle motrice est d'environ 6 %. Plus de la moitié de ces individus ont de grandes difficultés pour se baisser et s'agenouiller ainsi que pour porter un sac de cinq kilos. La troisième limitation fonctionnelle la plus fréquente de cet indicateur consiste à monter et descendre un étage d'escalier sans aide (32 % ressentent des difficultés à effectuer cette tâche). Enfin, les quatre dernières limitations fonctionnelles (marcher 500 m, se servir des mains et des doigts, prendre un objet avec la main et lever le bras) posent des difficultés pour 10 à 25 % des individus. Le **tableau 2** indique que la population des personnes déclarant au moins une limitation motrice est composée en majorité de femmes et de personnes âgées de plus de 46 ans (64 % de femmes et 60 % de personnes âgées de plus de 46 ans). Les variables socio-économiques révèlent un revenu et un niveau de diplôme inférieur à la population générale des 20-59 ans. En effet, 37 % des personnes déclarant au moins une limitation fonctionnelle motrice ont un revenu par unité de consommation inférieur à 861 €, ce qui correspond à la tranche de revenu déclaré la plus faible. La proportion d'individus ayant effectué des études supérieures est trois fois moins importante qu'en population générale et la proportion de personnes sans diplôme est deux fois plus élevée.

2.2.1.2. Les limitations cognitives

Les questions relatives aux limitations fonctionnelles cognitives dans l'enquête Handicap-Santé sont les suivantes :

- « Vous arrive-t-il de ne plus vous souvenir à quel moment de la journée on est ? » (variable BTEMP5).
- « Au cours d'une journée, vous arrive-t-il d'avoir des « trous de mémoire » ? » (variable BMEM).
- « Avez-vous des difficultés pour vous concentrer plus de 10 minutes ? » (variable BCONC).
- « Avez-vous des difficultés pour résoudre les problèmes de la vie quotidienne (comme se repérer sur un itinéraire ou compter l'argent) ? » (variable BVIEQ).

Tableau 2 Statistiques descriptives des limitations fonctionnelles des personnes âgées de 20 à 59 ans

	Au moins une limitation motrice		Au moins une limitation cognitive		Limitations auditives		Limitations visuelles		Ensemble des 20-59 ans	
	Effectif brut	% pondéré	Effectif brut	% pondéré	Effectif brut	% pondéré	Effectif brut	% pondéré	Effectif brut	% pondéré
Sexe										
Homme	1 191	35,97	1 056	49,55	409	54,03	349	45,31	6 736	49,06
Femme	1 897	64,03	1 205	50,45	455	45,97	417	54,69	7 675	50,94
Age										
20-26 ans	75	3,76	166	12,58	32	2,55	34	4,01	1 211	13,90
26-31 ans	84	4,12	145	8,96	27	2,14	28	2,40	1 025	11,63
31-36 ans	156	6,56	198	9,30	57	8,11	41	3,28	1 299	11,43
36-41 ans	254	11,36	248	14,79	66	13,39	60	8,83	1 681	14,13
41-46 ans	390	13,71	320	11,49	96	9,24	95	14,82	2 027	13,14
46-51 ans	523	15,65	365	13,80	177	24,92	150	24,49	2 228	13,34
51-56 ans	794	22,88	448	17,71	196	20,95	186	22,15	2 586	12,42
56-59 ans	812	21,97	371	11,37	213	18,71	172	20,02	2 354	10,01
Revenu mensuel par unité de consommation										
< 861 €	1 277	37,43	921	32,68	334	27,17	350	29,30	42 890	19,48
861-1 281 €	878	28,76	669	29,46	220	25,86	206	30,44	3 799	25,14
1 281-1 821 €	573	19,87	398	19,88	184	23,18	125	19,89	3 317	27,22
≥ 1 821 €	360	13,94	273	17,98	126	23,79	85	20,37	3 006	28,17
Niveau de diplôme										
Inférieur au bac	254	9,90	180	10,99	70	10,40	78	13,95	2 914	30,57
Bac	250	10,33	169	12,43	66	11,68	57	9,83	1 998	18,17
CAP	855	32,68	549	29,69	263	38,70	171	32,59	3 987	26,94
Brevet	214	6,09	145	6,76	46	4,59	47	6,68	969	5,93
Certificat d'études	399	10,17	174	5,97	108	11,23	69	8,85	105	4,35
Pas de diplôme	1 116	30,82	1 044	34,17	311	23,42	344	28,10	3 493	14,04
Protection sociale										
Complémentaire santé (CS)	705	34,80	631	46,28	329	60,12	205	50,16	7 403	71,09
CS + exonération du ticket modérateur (TM)	1 522	41,38	954	29,77	321	26,79	298	27,83	3 862	14,19
Couv. maladie universelle compl. (CMU-C)	547	14,99	380	12,24	129	7,63	138	8,74	1 769	7,05
Pas de CS mais exonération du TM	207	5,03	177	4,46	42	2,26	72	5,16	532	1,45
Pas de CS et pas d'exonération du TM	84	3,21	77	5,49	29	2,32	41	5,53	735	5,64

Lecture : Parmi les personnes déclarant au moins une limitation motrice, 1 191 personnes sont des hommes, soit environ 36 % (pourcentage pondéré).

Champ : HSM, calculs Irdes.

- « Avez-vous des difficultés pour apprendre de nouveaux savoirs ou savoir-faire (par exemple avoir des problèmes importants de concentration, intégrer difficilement de nouvelles connaissances, avoir des troubles qui nuisent à un apprentissage, ...) que ce soit à l'école, en formation professionnelle, dans une activité de loisirs, ... ? » (variable BSAVOIR).
- « Avez-vous des difficultés pour comprendre les autres ou vous faire comprendre des autres (en dehors des difficultés liées aux différences de langue) ? » (variable BCOMP).
- « Vous arrive-t-il, par votre comportement, de vous mettre en danger ? » (variable BDAN- GA).
- « Vous reproche-t-on d'être trop impulsif ou agressif ? » (variable BDANGR).

L'indicateur de limitations fonctionnelles cognitives a été construit de façon similaire aux indicateurs de limitation fonctionnelle motrice en sélectionnant les individus ayant répondu « Oui, souvent » à au moins une des limitations fonctionnelles ci-dessus. Contrairement aux questions qui portent sur les limitations fonctionnelles motrices dont l'interprétation est généralement assez immédiate, les questions relatives aux **limitations fonctionnelles cognitives** sont basées de façon plus prononcée sur le ressenti et le positionnement social de l'individu et sont par conséquent susceptibles d'introduire un biais déclaratif plus important (Roussel *et al.*, 2012). En effet, la combinaison des difficultés de recueil de l'information relative à la santé mentale (dénier de la maladie, sous ou surévaluation des difficultés, ...) et les biais d'interprétation des questions mis en lumière par l'étude qualitative des données de santé mentale dans l'étude de Roussel *et al.* (2012) nous ont conduits à un questionnement particulier sur cet indicateur. La perspective d'une classification à partir des informations relatives à la santé mentale est apparue dans un premier temps comme une alternative envisageable. Cette classification a abouti à la constitution de quatre classes d'individus. La première, qui comporte l'effectif le plus important, comprend les personnes n'ayant déclaré aucune maladie, déficience ni limitations mentale dans l'enquête (soit 52,61 % des 20-59 ans). La seconde classe comprend un mélange disparate d'individus ayant un nombre médian d'une seule variable active (les variables actives sont les déficiences et les limitations cognitives : voir détail dans la note en annexe 1) [39,06 % des 20-59 ans]. La troisième classe comprend 6,94 % des 20-59 ans et un nombre médian de cinq variables actives. Enfin, la dernière classe est composée des personnes ayant déclaré un nombre important de limitations et de déficiences mentales (0,39 % des 20-59 ans). Cependant, au sein de chacune de ces classes, on distingue encore une importante hétérogénéité des profils des personnes qui ne donne pas complètement satisfaction.

Dans ces conditions, nous avons décidé de conserver dans notre étude les indicateurs de présence d'au moins une limitation cognitive et de score de limitations cognitives allant de 0 à 8.

Caractéristiques des individus déclarant au moins une limitation fonctionnelle cognitive importante

6 % de la population âgée de 20 à 59 ans déclarent au moins une limitation fonctionnelle cognitive. Environ un tiers de ces personnes déclare avoir souvent des « trous de mémoire », des « difficultés pour apprendre de nouveaux savoirs » et « être souvent impulsifs ou agressifs ». Enfin, les cinq limitations cognitives moins fréquentes (notions du temps, concentration, compréhension, se mettre en danger et résoudre les problèmes de la vie quotidienne) posent des difficultés importantes pour environ 10 à 20 % des personnes déclarant au moins une limitation cognitive. Si les personnes déclarant au moins une limitation fonctionnelle cognitive ne se distinguent pas de la population générale des 20-59 ans ni sur leurs caractéristiques d'âge ni de sexe, elles se singularisent en revanche par des variables socio-économiques en général plus défavorables. En effet, la proportion d'individus avec un reve-

nu par unité de consommation inférieur à 861 € par mois est de 12 points plus importante pour les individus ayant au moins une limitation cognitive. De même, la proportion de personnes sans diplôme est deux fois plus importante qu'en population générale. Par ailleurs, les personnes ayant droit à la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) sont également presque deux fois plus nombreuses dans cette population déclarant au moins une limitation fonctionnelle cognitive.

2.2.1.3. Les limitations auditives

L'indicateur de limitations auditives est un indicateur binaire qui comprend les personnes sourdes ainsi que les personnes enquêtées ayant déclaré « Oui, avec beaucoup de difficultés » ou « Non, je ne peux pas du tout » aux questions suivantes (variable b2OUI) :

- Pour les personnes avec un appareil auditif :
 - « Pouvez-vous entendre ce qui se dit dans une conversation avec plusieurs personnes avec votre appareil auditif ? ».
- Pour les personnes sans appareil auditif :
 - « Pouvez-vous entendre ce qui se dit dans une conversation avec plusieurs personnes ? ».

Caractéristiques des individus déclarant des limitations fonctionnelles auditives importantes

La proportion des 20-59 ans avec des limitations auditives représente 2,42 % de la population des 20-59 ans. Cette population se caractérise par une prévalence plus marquée d'hommes âgés de plus de 46 ans. En effet, 54 % des personnes atteintes de limitations auditives importantes sont des hommes et 65 % ont plus de 46 ans. Cette population se singularise également par des caractéristiques socio-économiques plus défavorables que celles de la population générale mais néanmoins meilleures que celles de la population déclarant des limitations fonctionnelles motrices. En effet, la proportion d'individus avec un revenu par unité de consommation inférieur à 861 € est de 10 points inférieure à la population des individus déclarant des limitations motrices mais de 7 points supérieure à la population générale. De plus, la proportion d'individus bénéficiant de la CMU-C est relativement similaire à celle de la population générale, tandis que la proportion d'individus sans complémentaire santé est inférieure. Les personnes déclarant des limitations auditives ont par conséquent un bon niveau de couverture de complémentaire santé.

2.2.1.4. Les limitations visuelles

L'indicateur de limitations visuelles est un indicateur binaire qui englobe les personnes aveugles, les personnes malvoyantes, les personnes utilisant une canne ou un chien guide ainsi que les personnes enquêtées ayant déclaré « Oui, avec beaucoup de difficultés » ou « Non, je ne peux pas du tout » à au moins une des deux questions suivantes (variables B2VUE et B3VUE) :

- Pour les personnes portant des lunettes :
 - Pouvez-vous voir clairement les caractères d'imprimerie d'un journal avec vos lentilles ou vos lunettes ?
 - Pouvez-vous voir clairement le visage de quelqu'un à 4 mètres (de l'autre côté de la rue) avec vos lentilles ou vos lunettes ?
- Pour les personnes ne portant pas de lunettes :
 - Pouvez-vous voir clairement les caractères d'imprimerie d'un journal ?
 - Pouvez-vous voir clairement le visage de quelqu'un à 4 mètres (de l'autre côté de la rue) ?

Caractéristiques des individus déclarant des limitations fonctionnelles visuelles importantes

La proportion des 20-59 ans avec des limitations visuelles représente 1,85 % de la population. Cette population se caractérise par une prévalence de femmes âgées de plus de 46 ans. En effet, 54 % des personnes atteintes de limitations visuelles importantes sont des femmes et 67 % ont plus de 46 ans. Les caractéristiques socio-économiques sont globalement similaires à celles de la population déclarant des limitations auditives avec toutefois deux spécificités. Une proportion de personnes sans diplôme supérieure de 5 points et d'individus sans couverture complémentaire santé de 6 points supérieure à la population ayant des limitations auditives.

2.2.2. La reconnaissance administrative de handicap

A cette première approche du handicap assise sur les déclarations de limitations fonctionnelles est également associée une seconde basée sur la reconnaissance administrative du handicap. La reconnaissance administrative du handicap « officialise » et permet donc d'objectiver certaines situations de handicap, qui pourraient ne pas être identifiées au travers du critère des limitations fonctionnelles. On peut penser que les deux approches se superposent, mais elles le font de façon très imparfaite, ce qui justifie cette deuxième perspective à partir de la reconnaissance administrative du handicap.

L'enquête comprend déjà une variable de reconnaissance administrative du handicap, mais qui présente toutefois l'inconvénient de provenir de l'enquête filtre VQS⁷ d'une année plus ancienne que l'enquête HSM. En outre, l'information contenue dans cette variable manque de précision car elle ne permet pas de renseigner le type de reconnaissance administrative dont bénéficie l'individu enquêté. C'est pourquoi nous avons construit une nouvelle variable de reconnaissance du handicap à partir des données de l'enquête HSM. Cette variable comprend les individus ayant déclaré dans l'enquête Handicap-Santé volet Ménages bénéficier d'au moins une des prestations suivantes :

- Allocation aux adultes handicapés (AAH) (avec son complément éventuel : majoration pour vie autonome ou garantie de ressources aux personnes handicapées).
- Pension d'invalidité, pension pour inaptitude au travail, majoration pour tierce personne (avec allocation supplémentaire d'invalidité).
- Rente d'incapacité liée à un accident du travail.
- Pension militaire d'invalidité.
- Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP).
- Prestation de compensation (PCH).
- Carte d'invalidité ou de stationnement prioritaire.

En outre, les aides à l'emploi handicapé ont été introduites dans l'indicateur :

- Emploi financé par l'Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH) ou le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP).
- Emploi de travailleur handicapé.

⁷ L'enquête VQS comporte la question : « La personne a-t-elle une reconnaissance officielle d'un handicap ou d'une perte d'autonomie (allocation, pension ou carte d'invalidité, admission dans un établissement spécialisé...) ? »

Pour les analyses du recours à la mammographie et au dépistage du cancer du côlon, les bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) ont été ajoutés à la liste des allocations dans la mesure où, pour ces deux soins, l'étude est réalisée sur une tranche d'âge différente, celle des 50-74 ans.

Les trois principales allocations pour adultes handicapés que sont l'AAH, la pension d'invalidité et la rente d'incapacité présentent de grandes disparités tant au niveau de l'objectif du dispositif et du montant de l'allocation que du régime d'exonération du ticket modérateur éventuellement associé.

La rente d'incapacité constitue une indemnisation compensatoire à la suite d'un accident ou d'une maladie professionnelle. Cette indemnisation est calculée en fonction du taux d'incapacité permanente de la personne et de son salaire annuel (pour plus de précisions, voir annexe 2). De plus, les personnes présentant un taux d'incapacité supérieur à 66,66 % bénéficient pour elles-mêmes, leurs conjoints et leurs ayants droit d'une exonération du ticket modérateur pour leurs soins médicaux.

Les pensions d'invalidité ont pour objectif de compenser la perte de salaire résultant d'un accident ou d'une maladie non professionnels. Ce dispositif comprend trois catégories : les personnes encore capables d'exercer une activité rémunérée accédant à une pension équivalente à 30 % de leur salaire annuel moyen ; les personnes ne pouvant exercer une activité rémunérée accédant à une pension équivalente à 50 % du salaire annuel moyen et ne pouvant dépasser les 1 386 € par mois ; les personnes qui ne peuvent exercer une activité rémunérée et ayant besoin d'une tierce personne pour réaliser les actes de la vie quotidienne accédant à une pension équivalente à 50 % de leur salaire annuel moyen augmentée d'une majoration forfaitaire pour tierce personne. L'ensemble des personnes percevant une pension d'invalidité bénéficie de l'exonération du ticket modérateur.

Enfin, l'AAH constitue un minima social dont le montant maximum au 1^{er} janvier 2008 était de 628,10 € par mois. En opposition à la pension ou à la rente d'invalidité, les personnes percevant l'AAH ne bénéficient pas d'une exonération automatique du ticket modérateur. Ainsi, pour avoir accès à un remboursement à 100 % de leurs frais de santé, ces personnes handicapées doivent être éligibles à la CMU-C. Or, au 1^{er} janvier 2008 le montant maximum de l'AAH, de 628,10 € mensuels, était supérieur au seuil de revenu maximum permettant d'être éligible à la CMU-C (620,55 € mensuels le 1^{er} janvier 2008) et interdisait ainsi aux personnes percevant l'AAH d'être intégrées au dispositif. Une partie des bénéficiaires de l'AAH peut néanmoins bénéficier d'une couverture améliorée si elle est admise dans le régime des Affections de longue durée (ALD) mais, dans ce cas, la prise en charge ne porte que sur le périmètre restreint des soins en rapport avec l'affection exonérante.

Un second indicateur prenant en compte les différences de prise en charge administrative est développé, permettant ainsi d'évaluer l'impact du type de reconnaissance administrative sur le recours aux soins courants ou préventifs. Certaines des reconnaissances administratives répertoriées ci-dessus peuvent être cumulées. Cependant, dans la perspective de se focaliser sur l'impact des trois principales allocations que sont l'AAH, la pension d'invalidité et les rentes d'incapacité, les personnes percevant ces allocations sont isolées (seul le fait de bénéficier d'une carte d'invalidité pourra être cumulé). Ainsi, cet indicateur comprend cinq modalités : les personnes percevant uniquement une AAH, celles percevant uniquement une pension d'invalidité, celles percevant uniquement une rente d'incapacité, celles bénéficiant d'une autre reconnaissance administrative ou en cumulant plusieurs, et enfin les personnes sans reconnaissance administrative de handicap. L'objectif de cette partie de l'étude étant d'évaluer l'effet propre de ces allocations, les modèles économétriques

sont contrôlés par les indicateurs de score de limitations fonctionnelles afin de travailler à niveau de handicap globalement similaire.

2.2.2.1. Statistiques descriptives de la reconnaissance administrative du handicap

Le **tableau 3** indique la part de la population des 20 à 59 ans bénéficiant d'une reconnaissance administrative de handicap (un peu moins de 6 % de la population des 20-59 ans), ainsi que la ventilation de cette population par motifs de reconnaissance (AAH, pension d'invalidité, rente d'incapacité...).

Dans la perspective de caractériser les différentes populations percevant ces allocations, le **tableau 4** décrit les distributions de ces allocations en fonction du sexe, de l'âge, des caractéristiques socio-économiques et géographiques des individus. Compte tenu de la faible proportion d'individus percevant une pension militaire d'invalidité, cette population ne sera pas décrite. L'ACTP a été remplacée le 1^{er} janvier 2006 par la PCH (Igas, 2011) ainsi, les personnes percevant l'ACTP et la PCH ont été analysées ensemble. De même, les emplois financés par l'Agefiph ou le PIPHFP et les emplois de travailleur handicapé ont été regroupés dans la variable « emploi pour personnes handicapées ».

Une surreprésentation masculine

La proportion d'hommes bénéficiant d'une reconnaissance de handicap est plus importante que celle des femmes. La seule allocation ne suivant pas cette tendance est l'AAH pour laquelle la répartition hommes/femmes ne se différencie pas de celle de la population générale des 20-59 ans. Cette tendance de surreprésentation masculine est particulièrement accentuée pour les individus bénéficiant de rente d'incapacité (67 %) ou d'emploi pour personnes handicapées (63 %). Ces deux reconnaissances administratives sont liées au travail, ce qui n'est pas forcément le cas des autres motifs de reconnaissance. En effet, la rente d'incapacité est une allocation perçue à la suite d'un accident du travail. Ces forts taux de prévalence masculine dans les deux catégories susmentionnées pourraient donc s'expliquer par un taux d'activité plus important des hommes et par leur exposition plus importante à des contraintes physiques dans le milieu professionnel [Bahu *et al.* 2012]. Ce résultat contraste

Tableau 3 Distribution des allocations et des emplois pour personnes handicapées

	% pondéré	Fréquence brute
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	2,00 %	1 387
Pension d'invalidité	2,00 %	1 230
Rente d'incapacité	0,94 %	314
Pension militaire d'invalidité	0,08 %	31
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)	0,17 %	137
Prestation de compensation du handicap (PCH)	0,04 %	32
Emploi financé par l'Agefiph ^a ou le PIPHFP ^b	0,47 %	164
Emploi de travailleur handicapé	0,59 %	229
Carte d'invalidité ou de stationnement prioritaire	2,34 %	1 694
Reconnaissance administrative (au moins une allocation)	5,76 %	3 379
Sans reconnaissance administrative	94,61 %	11 329
Non renseigné ^c	0,15 %	53
Effectif total de la population étudiée (20-60 ans)		14 411

^a Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées

^b Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la Fonction publique

^c Dont valeurs manquantes, refus de répondre et ne sait pas

Source : HSM, calculs Irdes.

Tableau 4 Pourcentage pondéré d'individus bénéficiant d'une reconnaissance administrative de handicap (par type de reconnaissance) en fonction du sexe, de l'âge, des variables socio-économiques et géographiques

	AAH ¹	Pension d'invalidité	Rente d'incapacité	ACTP ² et PCH ³	Emploi pour personnes handicapées	Carte d'invalidité / Carte de stationnement prioritaire	Reconnaissance de handicap	Ensemble des 20-59 ans	
Sexe									
Homme	50,65	54,42	66,87	56,32	62,46	53,61	56,47	49,06	
Femme	49,35	45,58	33,13	43,68	37,54	46,39	43,53	50,94	
Age									
20-26 ans	8,72	1,27	2,79	7,49	10,51	5,25	4,92	13,90	
26-31 ans	8,74	0,92	0,85	7,46	8,78	6,80	4,25	11,63	
31-36 ans	10,44	1,39	5,88	14,14	14,19	7,52	6,72	11,43	
36-41 ans	14,62	6,83	9,25	9,91	20,4	13,73	11,37	14,13	
41-46 ans	14,82	11,44	19,55	11,13	18,85	13,66	14,96	13,14	
46-51 ans	13,2	15,50	21,23	13,70	10,39	14,95	15,07	13,34	
51-56 ans	17,92	28,00	18,22	20,60	10,97	18,73	20,92	12,42	
56-60 ans	11,54	34,64	22,24	15,57	5,9	19,37	21,8	10,01	
Revenu									
< 861 €	47,85	32,53	21,83	19,09	19,87	35,16	34,05	19,48	
861-1 281 €	36,05	27,24	27,89	36,27	39,42	33,89	31,39	25,14	
1 281-1 821 €	11,48	23,20	24,66	27,91	26,03	18,19	19,75	27,22	
≥ 1 821 €	4,62	17,03	25,63	16,72	14,68	12,76	14,81	28,17	
Diplôme									
Inférieur au bac	4,68	10,01	11,33	11,54	7,99	10,30	9,08	30,57	
Bac	7,62	9,84	13,16	5,96	13,61	8,40	10,24	18,17	
CAP	18,63	35,37	41,31	25,81	25,54	23,63	29,5	26,94	
Brevet	5,16	7,11	5,65	5,57	4,46	5,97	6,28	5,93	
Certificat d'études	6,44	12,88	11,11	4,15	4,18	8,65	9,19	4,35	
Pas de diplôme	57,47	24,78	17,44	46,97	44,21	43,04	35,71	14,04	
Protection sociale									
Couverture maladie universelle compl. (CMU-C)	16,58	7,56	4,7	9,48	4,5	11,97	10,43	7,05	
Complémentaire santé (CS)	16,5	16,26	57,88	17,96	43,89	16,71	26,49	71,09	
CS avec exonération	50,84	66,98	34,58	59,63	42,71	58,23	52,57	14,19	
Pas de CS mais exonération	9,2	7,29	1,15	10,86	3,83	9,94	6,91	1,45	
Pas de CS et pas d'exonération	2,92	1,62	1,4	0,61	2,72	1,28	1,91	5,64	
Accessibilité (zones géographiques)									
Pôle urbain	59,3	49,10	43,13	50,77	49,6	57,59	52,07	53,04	
Communes	monopolarisées	8,29	15,96	28,11	12,82	13,54	12,75	15,47	17,22
	multipolarisées	4,3	5,30	9,64	8,06	5,51	4,12	5,88	5,38
Communes appartenant	à un pôle d'emploi de l'espace rural (peer)	8,31	8,28	3,31	6,15	7,58	7,60	7,07	5,83
	à la couronne d'un peer	0,22	0,58	0,93	0,00	2,21	0,29	0,74	0,68
Autres communes de l'espace à dominante rurale	15,07	13,92	12,99	17,24	15,45	11,09	14,03	11,85	
Lyon, Marseille et Paris	4,51	6,86	1,89	4,98	6,11	6,56	4,76	5,99	

¹ AAH : Allocation aux adultes handicapés

² ACTP : Allocation compensatrice pour tierce personne / 3 PCH : Prestation de compensation du handicap

Lecture : Pourcentages en colonne (exemple : 50,65 % des personnes âgées de 20 à 59 ans percevant une AAH sont des hommes).

Source : HSM, calculs Irdes.

de façon assez nette avec les déclarations de limitations fonctionnelles observées précédemment qui montrent une tendance inverse avec une prévalence féminine généralement plus forte (sauf limitation auditive). Cela va dans le sens souvent observé d'une déclaration plus importante de mauvais état de santé des femmes.

Une majorité de personnes âgées de 41 à 59 ans

La grande majorité des individus bénéficiant d'une reconnaissance de handicap a plus de 40 ans (73 %), ce qui représente 24 points de plus que la proportion de cette tranche d'âge pour la population générale des 20-59 ans. Les individus percevant une pension d'invalidité, une rente d'incapacité ou une ACTP (PCH) appartiennent également majoritairement aux classes d'âge les plus élevées, en particulier les individus percevant une pension d'invalidité. En effet, 35 % de ces individus ont entre 56 et 59 ans. La distribution des tranches d'âge des individus bénéficiant d'une AAH reste globalement identique à celle de la population générale. Enfin, plus de la moitié des personnes occupant un emploi pour personnes handicapées a entre 31 et 46 ans.

Des indicateurs de niveaux socio-économiques faibles

De façon globale, les personnes qui bénéficient d'une reconnaissance de handicap cumulent des caractéristiques socio-économiques plutôt défavorables : leurs revenus sont plus faibles, elles sont plus nombreuses à ne pas avoir de diplôme et à ne pas disposer de couverture complémentaire ni de la CMU-C. Cependant, des disparités importantes apparaissent en fonction des types de reconnaissance administrative. L'AAH, qui a pour objectif d'apporter un minimum social aux personnes en situation de handicap, est le type de reconnaissance administrative associé aux indicateurs de niveaux socio-économiques les plus bas. En effet, 47 % des individus touchant l'AAH ont un revenu par unité de consommation inférieur à 861 € par mois et plus de la moitié d'entre eux n'a pas de diplôme. De plus, 17 % des individus percevant l'AAH bénéficient également de la CMU-C et 12 % n'ont pas de complémentaire santé, soit presque deux fois plus que la population des 20-59 ans. Il existe en revanche une plus forte hétérogénéité au sein de la population percevant une pension d'invalidité : si beaucoup touchent un revenu inférieur à 861 € par mois, la part des individus percevant un revenu élevé (supérieur à 1 821 € par mois) est quatre fois plus importante que celle percevant l'AAH. De même, on recrute dans cette population plus de deux fois moins de personnes sans diplôme tandis que la proportion de bénéficiaires de la CMU-C ou d'individus sans complémentaire santé est relativement similaire à celle de la population générale. Pour les individus percevant l'ACTP ou la PCH, la distribution des revenus est assez conforme à celle de la population générale. Cependant, les proportions de personnes sans diplôme et sans complémentaire santé sont importantes (respectivement 47 % et 11 %). Enfin, les deux types de reconnaissance administrative pour lesquels les indicateurs socio-économiques sont les plus élevés sont les rentes d'incapacités et les emplois pour personnes handicapées. Les populations bénéficiant de ces reconnaissances de handicap se différencient peu de la population générale, même s'il existe quelques spécificités. La population qui bénéficie d'une rente d'incapacité se singularise par une prévalence forte d'individus avec un niveau d'études CAP et une très faible part d'individus sans complémentaire santé. La population qui bénéficie d'un emploi pour personnes handicapées se distingue quant à elle par un taux élevé d'individus sans diplôme et une proportion deux fois plus faible d'individus déclarant un revenu par unité de consommation supérieur à 1 821 € par rapport à la population générale.

Carte d'invalidité ou de stationnement prioritaire

Ce motif de reconnaissance administrative de handicap se distingue des autres dans la mesure où la plupart des personnes ayant répondu avoir une carte d'invalidité ou de station-

nement prioritaire bénéficient également d'une autre reconnaissance de handicap (seules 23 % d'entre elles n'ont déclaré que ce motif). Ainsi, 48 % des personnes ayant déclaré une carte d'invalidité perçoivent l'AAH et 23 % une pension d'invalidité. De plus, il est important de préciser qu'il existe cinq types de cartes différentes :

- La carte d'invalidité de couleur orange : elle est attribuée par la MDPH aux personnes dont le taux d'incapacité permanent est supérieur à 50 % ou aux individus qui ont été classés en 3^e catégorie de la pension d'invalidité (demande de certificat médical ou d'un justificatif d'allocation). Cette carte permet de bénéficier d'avantages fiscaux ou des réductions pour personnes handicapées et de priorités dans les lieux publics (bus, ...).
- La carte prioritaire pour personnes handicapées (couleur mauve) ou la carte de « stationnement debout pénible » (couleur verte) : elles sont délivrées par la MDPH à toute personne atteinte d'une incapacité inférieure à 80 % rendant la station debout pénible (certificat médical). Elle donne droit à une priorité d'accès dans les lieux publics.
- La carte de priorité des invalides du travail : elle est attribuée aux personnes bénéficiant d'une rente d'incapacité rendant la station debout pénible. Elle offre à ses bénéficiaires une priorité d'accès dans les lieux publics.
- La carte de pensionné militaire d'invalidité : elle est attribuée aux personnes percevant une pension militaire d'invalidité avec un taux d'invalidité supérieur à 25 %.
- La carte de stationnement prioritaire : elle est délivrée par le préfet à la suite d'un examen médical à toute personne atteinte d'un handicap qui réduit de manière durable sa capacité et son autonomie de déplacement.

2.2.3. Croisement de la reconnaissance administrative du handicap et des limitations fonctionnelles

Les limitations fonctionnelles et la reconnaissance administrative du handicap constituent deux façons complémentaires d'aborder le handicap dans la mesure où les deux notions ne se recoupent que très imparfaitement (Ville *et al.*, 2003). Ainsi, le croisement des deux variables permet de prendre en considération quatre cas de figure :

- Les personnes ayant déclaré des limitations fonctionnelles⁸ et bénéficiant d'une reconnaissance administrative de leur handicap (soit 3,3 % des 20-59 ans).
- Les personnes ayant déclaré des limitations fonctionnelles mais ne bénéficiant pas d'une reconnaissance administrative de leur handicap (soit 9,9 % des 20-59 ans).
- Les personnes n'ayant pas déclaré des limitations fonctionnelles mais bénéficiant d'une reconnaissance administrative du handicap (soit 2,0 % des 20-59 ans).
- Et enfin les personnes n'ayant déclaré ni limitations fonctionnelles ni reconnaissance administrative du handicap (soit 84,8 % des 20-59 ans).

2.2.3.1. Comparaison des caractéristiques des individus déclarant des limitations fonctionnelles reconnues administrativement par rapport aux personnes déclarant des limitations fonctionnelles non reconnues

Deux tiers des personnes ayant des limitations fonctionnelles reconnues administrativement ont au moins une limitation motrice, la moitié a au moins une limitation cognitive et 15 % ont une limitation auditive ou visuelle. S'agissant des personnes ayant déclaré

⁸ Au moins une limitation motrice et/ou au moins une limitation cognitive et/ou des limitations auditives et/ou des limitations visuelles.

des limitations fonctionnelles non reconnues, la part des limitations motrices déclarée est plus faible : seules 37 % de ces personnes déclarent au moins une limitation motrice, 46 % déclarent au moins une limitation cognitive, 20 % déclarent des limitations auditives et 14 % des limitations visuelles.

La répartition par âge et sexe est également très différente selon que les limitations sont reconnues administrativement ou non. Lorsqu'elles le sont, on constate une prévalence masculine plus importante (53 %, soit quatre points de plus que la répartition de la population des 20-59 ans) et une plus forte proportion de personnes âgées de plus de 46 ans (environ 60 %, soit deux fois plus que la population des 20-59 ans). Au contraire, les femmes sont très majoritaires dans la population des personnes ayant déclaré des limitations fonctionnelles non reconnues (59 %).

Si les caractéristiques socio-économiques des personnes de ce groupe semblent défavorisées dans un cas comme dans l'autre, elles le sont plus encore pour celles qui ont déclaré des limitations fonctionnelles reconnues administrativement : 38 % d'entre elles perçoivent un revenu par unité de consommation inférieur à 861 € (soit deux fois plus que la population générale (19 %) tandis que c'est le cas pour 29 % des personnes ayant déclaré des limitations sans reconnaissance administrative de handicap. De même, pour les personnes ayant déclaré des limitations reconnues, la part des personnes sans diplôme est de 40 % contre seulement 24 % pour celles qui ont des limitations non reconnues (14 % en population générale). Concernant la situation vis-à-vis de la complémentaire santé, les personnes déclarant des limitations ainsi qu'une reconnaissance administrative ont majoritairement déclaré bénéficier d'une complémentaire santé ainsi que d'une exonération du ticket modérateur (60 %) alors que les personnes ayant uniquement déclaré des limitations ont majoritairement une complémentaire santé sans exonération du ticket modérateur (59 %). La part de personnes bénéficiant de la CMU-C est relativement équivalente entre ces populations (11 % pour les personnes déclarant des limitations et une reconnaissance et 12 % pour les personnes déclarant uniquement des limitations), de même que la part de personnes sans complémentaire santé (respectivement de 9 % et 8 %). Cependant, les personnes sans complémentaire santé déclarant limitations et reconnaissance bénéficient plus de l'exonération du ticket modérateur (85 % des personnes sans complémentaire santé déclarent une exonération du ticket modérateur parmi les personnes avec limitations et reconnaissance contre 27 % parmi les personnes sans reconnaissance).

2.2.3.2. Caractéristiques des individus déclarant une reconnaissance de handicap sans déclarer de limitations fonctionnelles

Cette population, très largement masculine (62 %), possède des caractéristiques socio-économiques en termes de revenu et de diplômes relativement similaires à celles des individus ayant déclaré des limitations fonctionnelles non reconnues, sauf au regard de la complémentaire santé. En effet, la part de personnes bénéficiant de la CMU-C est de 3 points inférieure (environ 9 %). Enfin, la proportion de personnes sans complémentaire santé et sans exonération est deux fois plus faible que celle qui prévaut pour les personnes avec des limitations fonctionnelles non reconnues (environ 3 %).

2.3. Les variables de contexte

La comparaison du recours aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes sans handicap doit être entreprise en neutralisant, dans la mesure du possible, les différences observables entre ces deux populations, que celles-ci portent sur la structure par âge et par sexe des populations, sur leurs caractéristiques socio-économiques et

géographiques respectives. Pour chaque analyse effectuée sur les marqueurs de handicap ci-dessus (limitations fonctionnelles, scores de limitations fonctionnelles, reconnaissance administrative, ...), trois modèles successifs ont été appliqués. Il s'agissait de comprendre de façon à comprendre quels types de variables peuvent expliquer les différences de recours et à quel stade de l'analyse, certaines variables étant significatives dans le premier modèle et plus dans le dernier. Le premier modèle comprend les variables démographiques et les variables de besoins de soins définies pour chaque soin. Le second modèle reprend le modèle 1 en y introduisant en outre des variables socio-économiques. Enfin, le troisième modèle ajoute des variables démographiques au modèle 2.

2.3.1. Les variables démographiques

Les variables démographiques comprennent le sexe et l'âge en tranches de cinq ans. Quel que soit l'indicateur de handicap retenu, la structure par âge et sexe de la population en situation de handicap n'est pas comparable à celle de la population générale (cf. **Tableau 2**), ce qui justifie d'introduire ces variables pour comparer le différentiel de recours aux soins de ces deux populations.

2.3.2. Les variables socio-économiques

Le niveau socio-économique des individus intègre quatre indicateurs : vie en couple ou non, le niveau de revenu, le niveau de diplôme, et la situation au regard de la couverture complémentaire.

Le statut marital correspond aux personnes déclarant être en couple avec une personne vivant ou non dans le logement.

Le niveau de revenu comprend quatre tranches de revenu par unité de consommation correspondant aux quartiles : les revenus faibles (<861 €), les revenus moyens (entre 861 et 1 281 €), les revenus moyens élevés (entre 1 281 et 1 821 €) et enfin les revenus supérieurs à 1 821 €. Dans les modèles de régression, la modalité de référence est les revenus moyens élevés.

Le diplôme comporte six modalités : les personnes avec un diplôme supérieur au baccalauréat, le baccalauréat, le CAP, le brevet, le certificat d'étude et les personnes sans diplôme. La valeur de référence considérée est le baccalauréat.

La notion de couverture complémentaire retenue dans l'étude résulte d'un croisement entre la situation au regard de la complémentaire santé et l'éventuelle exonération du ticket modérateur pour l'assuré (principalement pour cause de reconnaissance d'une ALD). Ainsi, sont distinguées les personnes bénéficiant de la CMU-C, les personnes avec une complémentaire santé et une exonération de leur ticket modérateur, les personnes avec une complémentaire santé sans exonération de leur ticket modérateur, les personnes sans complémentaire santé mais bénéficiant d'une exonération du ticket modérateur, et enfin les personnes qui n'ont ni complémentaire santé ni exonération de leur ticket modérateur. La population de référence considérée est composée des personnes détenant une complémentaire santé sans exonération du ticket modérateur.

2.3.3. Les variables géographiques

La dimension géographique est approchée par le zonage en aire urbaine (ZAU) de 1999 ainsi qu'avec une variable dichotomique d'appartenance à un département d'outre-mer. Le zonage en aire urbaine a été constitué à partir de la commune de résidence des individus et comprend sept modalités : les pôles urbains, les communes monopolarisées, les communes multipolarisées, les communes appartenant à un pôle d'emploi de l'espace rural, les communes appartenant à la couronne d'un pôle d'emploi de l'espace rural et les autres communes de l'espace à dominante rurale. De plus, une variable comprenant les grandes villes françaises (Lyon, Marseille et Paris) a été définie. Le ZAU de 1999 distingue les espaces à dominante urbaine et ceux à dominante rurale (définitions Insee) :

- Les espaces à dominante urbaine :
 - les pôles urbains : « le pôle urbain est une unité urbaine offrant au moins 10 000 emplois et qui n'est pas située dans la couronne d'un autre pôle urbain ».
 - les communes monopolarisées : « commune appartenant à la couronne d'une aire urbaine ».
 - les communes multipolarisées : « communes dont au moins 40 % des actifs occupés résidents travaillent dans plusieurs grandes aires urbaines, sans atteindre ce seuil avec une seule d'entre elles, et qui forment avec elles un ensemble d'un seul tenant ».
- Les espaces à dominante rurale :
 - les pôles d'emploi de l'espace rural : « communes rurales ou unités urbaines appartenant à l'espace à dominante rurale et offrant au moins 1 500 emplois ».
 - les couronnes des pôles d'emploi de l'espace rural : « communes rurales ou unités urbaines appartenant à l'espace à dominante rurale et dont au moins 40 % de la population résidente ayant un emploi travaille dans le pôle ou dans les communes attirées par lui ».
 - les communes de l'espace à dominante rurale : correspond au rural isolé.

2.3.4. Les besoins de soins

L'objectif est ici de neutraliser, dans la mesure du possible, le différentiel de besoins de soins qui peut exister entre les personnes en situation de handicap et les personnes sans handicap, ceci afin de comparer les recours toutes choses égales par ailleurs. En effet, l'hypothèse d'un besoin de soins plus important des personnes en situation de handicap peut être envisagée. S'agissant des soins dentaires et ophtalmologiques, des études ont montré qu'il existait effectivement un besoin de soins accru pour cette population (pour les soins dentaires : Dorin *et al.*, 2006 ; HAS, 2011 ; Unapei, 2013 ; pour les soins ophtalmologiques : HAS, 2011 ; Denormandie *et al.*, 2003). Pour caractériser le besoin de soins, l'idéal serait de connaître l'état de santé des personnes avant la période d'observation du recours aux soins, ce que ne permet pas l'enquête HSM qui décrit un état de santé observé postérieur à la réalisation des soins. Ainsi, des indicateurs prenant en compte une partie des besoins de soins qui préexistaient au recours ont été définis à partir des variables disponibles dans l'enquête.

Dans la partie de l'analyse portant sur les soins dentaires, cette prise en compte partielle du besoin de soins est approchée par le déchaussement des dents et pour l'ophtalmologie par le fait d'avoir été identifié comme une personne diabétique (les recommandations préconisent en effet une consultation ophtalmologique annuelle pour les personnes diabétiques). Les besoins gynécologiques ont été définis quant à eux en regroupant l'ensemble des femmes ayant déclaré une maladie de l'appareil urinaire, une affection du sein, une affection inflammatoire ou non des organes pelviens, des affections dont l'origine se situe dans la

période périnatale ou étant enceintes au moment de l'enquête. Concernant les dépistages des cancers, la variable proxy du besoin de dépistage du cancer du col de l'utérus comprend les femmes ayant une affection inflammatoire (ou non) des organes pelviens, les femmes ayant d'autres affections de l'appareil génital ainsi que les femmes ayant eu un cancer du col de l'utérus⁹. La variable caractérisant le besoin de dépistage du cancer du sein comprend quant à elle les femmes ayant déclaré avoir une affection du sein ainsi que les femmes ayant eu un cancer du sein dans le passé. Enfin, pour la prise en compte du besoin de vaccination contre l'hépatite B, les informations dont nous disposons dans l'enquête HSM ne permettent pas une sélection exhaustive des individus présentant potentiellement des besoins de vaccination plus importants. En effet, l'enquête ne fournit aucun renseignement sur le comportement sexuel des individus, ni sur les destinations de voyage, et pas non plus sur le fait d'avoir des tatouages, autant d'informations qui permettraient de mieux cerner le risque d'exposition aux virus. Par conséquent, deux variables de besoins de vaccination ont été construites. La première variable regroupe les personnes atteintes du VIH, les insuffisants rénaux et les immigrés (cette dernière population représentant la plus grande part de cet indicateur). Nous avons également constitué une variable indépendante comportant les personnes exerçant des professions intermédiaires de la santé et du travail social qui ont l'obligation d'être vaccinées (même s'il a été impossible de retrouver les médecins dans la base).

⁹ En fait, les affections citées ci-dessus ne sont pas des indications explicites du frottis cervico-vaginal. En revanche, elles augmentent la probabilité d'avoir consulté un gynécologue et de ce fait, la probabilité d'avoir eu un frottis à cette occasion.

3. Résultats

3.1. Les soins dentaires

Parmi l'ensemble des soins courants, les soins dentaires représentent un enjeu particulièrement important pour les personnes en situation de handicap dans la mesure où la santé bucco-dentaire est non seulement un indicateur de santé globale (Hescot *et al.*, 2010) mais également un indicateur d'intégration sociale. Chez les personnes en situation de handicap qui luttent pour une meilleure intégration sociale, une mauvaise santé bucco-dentaire sonne comme une double peine.

Cette étude permet de distinguer dans un premier temps les différences de recours aux soins dentaires entre les personnes handicapées et les personnes non handicapées. Ensuite, l'utilisation de l'appariement de l'enquête HSM avec les données du Sniiram rend possible l'analyse des écarts de dépenses, de restes à charge et de dépassements d'honoraires entre les personnes handicapées et non handicapées qui ont recouru à des soins dentaires ainsi qu'à des prothèses dentaires.

3.1.1. Le recours aux soins dentaires

L'analyse du recours aux soins dentaires a été effectuée sur la population des 20-59 ans ayant répondu à la question : « Au cours de ces douze derniers mois, êtes-vous allé pour vous-même chez un dentiste ? ». Après suppression des valeurs manquantes sur les variables retenues dans l'analyse (reconnaissance administrative, complémentaire, ...), la population d'étude est composée de 14 243 individus.

Sur cette population de 14 243 individus, la probabilité de recourir à des soins dentaires s'établit à 0,56, soit plus d'une personne sur deux. Le **tableau 5** reportant les résultats de comparaison de moyenne du recours aux soins dentaires en fonction des principaux indicateurs de handicap met en exergue des moyennes de recours plus faibles des personnes en situation de handicap pour la majorité de ces indicateurs. En effet, la moyenne de recours de ces populations est d'environ 50 %, soit un recours de 6 points inférieur à celui de la population générale. Ces premiers résultats doivent toutefois être confirmés par la réalisation de modèles logistiques permettant le contrôle des caractéristiques démographiques, sociales et géographiques des individus.

3.1.1.1. Résultats sur les variables explicatives autres que les marqueurs de handicap

Une part importante des variables explicatives introduites dans nos modèles influence significativement la probabilité de recourir à des soins dentaires.

Au niveau des variables démographiques, on constate que la probabilité de recourir aux soins dentaires varie en fonction de l'âge et du sexe des individus. En effet, la probabilité de recourir aux soins dentaires est de 10 points supérieure pour les femmes, effet constaté également dans d'autres études (Lupi-Pegurier *et al.*, 2011). Un effet d'âge est également observable avec une probabilité de recours des moins de 30 ans inférieure d'environ 13 points

Tableau 5 Comparaison de la moyenne de recours aux soins dentaires en fonction des indicateurs de handicap

		Effectifs bruts	Moyenne de recours	Test du chi2		Ecart de moyennes de recours des personnes handicapées vs non handicapées	
				Valeur	Probabilité		
Limitations motrices	Sans	11 186	0,5634	6,06	< 0,0001	-0,0617	
	Au moins une	3 057	0,5017				
Limitations cognitives	Sans	12 036	0,5637	5,55	< 0,0001	-0,0642	
	Au moins une	2 207	0,4995				
Limitations visuelles	Sans	13 494	0,5607	2,60	0,0094	-0,0489	
	Au moins une	749	0,5118				
Limitations auditives	Sans	13 396	0,5598	0,27	0,784	-0,0048	
	Au moins une	847	0,5550				
Reconnaissance administrative	Sans reconnaissance	10 907	0,5623	4,56	< 0,0001	-0,045	
	Avec reconnaissance	3 336	0,5173				
Croisement	Limitations + reconnaissance	Non	11 763	0,5609	3,06	0,0022	-0,0337
		Oui	2 480	0,5272			
	Limitations + pas de reconnaissance	Non	11 857	0,5659	5,79	< 0,0001	-0,0649
		Oui	2 386	0,5010			
	Pas de limitations + reconnaissance	Non	13 387	0,5610	3,45	0,0006	-0,0609
		Oui	856	0,5001			
	Pas de limitations + pas de reconnaissance	Non	5 722	0,5071	-7,29	< 0,0001	0,0621
		Oui	8 521	0,5692			

Lecture : La moyenne de recours des 3 057 personnes ayant déclaré au moins une limitation motrice est de 0,5, soit 6 points inférieure à la moyenne de recours des personnes sans limitation motrice.

Champ : base de données des soins dentaires (HSM), calculs Irdes.

Tableau 6 Recours aux soins dentaires des personnes déclarant des limitations fonctionnelles

		Modèle 1 (caractéristiques démographiques + besoins de soins)	Modèle 2 (modèle 1 + caractéristiques sociales)	Modèle 3 (modèle 2 + caractéristiques géographiques)
Recours aux soins dentaires (N = 14 243)				
Fauteuil roulant (N : 264) Réf : pas de limitations motrices	Effets marginaux	-0,1170**	-0,1150**	-0,1190*
	Ecart types	-0,0493	-0,0585	-0,0621
Limitations motrices mais pas en fauteuil roulant (N : 2 796) Réf : pas de limitations motrices	Effets marginaux	-0,0784***	-0,0339	-0,0348
	Ecart types	-0,0217	-0,0227	-0,0229
Limitations cognitives (N : 2 207) Réf : pas de limitations cognitives	Effets marginaux	-0,0539**	-0,016	-0,0201
	Ecart types	-0,0233	-0,0235	-0,0236
Limitations visuelles (N : 749) Réf : pas de limitations visuelles	Effets marginaux	-0,0390	-0,0219	-0,0236
	Ecart types	-0,0420	-0,0406	-0,0400
Limitations auditives (N : 847) Réf : pas de limitations auditives	Effets marginaux	0,0138	0,0224	0,0226
	Ecart types	-0,0337	-0,0337	-0,0335

Lecture : Les personnes ayant déclaré au moins une limitation fonctionnelle motrice ont une probabilité de recourir à des soins dentaires réduite de 8 points par rapport aux personnes n'ayant pas déclaré de limitations fonctionnelles motrices à autres catégories de limitations fonctionnelles, âge, sexe et proxys de besoins (déchaussements dentaires) égaux. Ecart-types robustes entre parenthèses.

Source : HSM, calculs Irdes.

par rapport aux recours des individus âgés de 36 à 40 ans (qui constituent la classe d'âge de référence). Le recours aux soins dentaires n'est toutefois pas strictement croissant avec l'âge car les classes d'âge 46-55 ans affichent un recours inférieur de 5 points par rapport à la classe de référence, et les personnes âgées de 56 à 59 ans recourent moins également (différentiel de 7 points par rapport à la classe d'âge de référence). De plus, les personnes déclarant des déchaussements dentaires présentent une probabilité de recours supérieure de 7 points.

Les variables socio-économiques telles que la complémentaire santé, le diplôme et le revenu modifient également la probabilité de recourir aux soins dentaires. Ainsi, les personnes déclarant ne pas être couvertes par une complémentaire santé affichent une probabilité de recours moindre de 13 points par rapport aux personnes déclarant avoir une complémentaire. Les personnes sans diplôme voient leurs probabilités de recours réduites de 8 points par rapport à celles ayant un baccalauréat. De même, les personnes ayant un revenu par unité de consommation faible (inférieur à 861 €) affichent une probabilité de recours inférieure de 8 points par rapport à celles ayant un revenu moyen élevé (entre 1 281 et 1 821 €) toutes choses égales par ailleurs.

Les variables géographiques semblent également avoir un impact sur le recours aux soins dentaires. En effet, les personnes résidant dans des communes multi polarisées, dans les communes d'un pôle d'emploi de l'espace rural ou résidant à Lyon, Paris ou Marseille affichent une probabilité de recours supérieure d'environ 6-7 points par rapport aux personnes résidant dans un pôle urbain¹⁰. Ce différentiel de recours entre les personnes vivant à Lyon, Paris ou Marseille par rapport aux personnes résidant dans d'autres pôles urbains semble cohérent par rapport à l'effet attendu de recours augmenté dans les grandes villes (ONDPS, 2013). En ce qui concerne les communes d'un pôle de l'espace rural, une étude de l'Irdes (Coldefy *et al.*, 2011) sur les distances d'accès aux soins en France métropolitaine au 1^{er} janvier 2007 indique que la densité communale de chirurgiens-dentistes dans les pôles d'emploi de l'espace rural est supérieure à celle des pôles urbains (79,6 % pour les pôles d'emploi de l'espace rural et 68,9 % pour les pôles urbains), ce qui pourrait expliquer la part plus importante de recours dans ces zones rurales. Enfin, le fait de résider dans un département d'outre-mer est associé à une probabilité de recours aux soins dentaires inférieure de 9 points par rapport aux habitants de la métropole.

3.1.1.2. Résultats pour la dimension limitations fonctionnelles

L'analyse de l'impact des limitations fonctionnelles sur le recours aux soins dentaires présenté dans le **tableau 6** met en évidence un moindre recours des personnes déclarant des limitations motrices et/ou cognitives. En effet, les personnes déclarant au moins une limitation motrice sans pour autant être en fauteuil roulant affichent une probabilité de recourir aux soins dentaires inférieure de 8 points par rapport aux personnes qui n'ont pas de limitations motrices à sexe, âge, autres limitations et proxys de besoins (déchaussements dentaires) équivalents (**tableau 6**, modèle 1). Pour les personnes en fauteuil roulant, le différentiel de recours est encore plus prononcé (-12 points par rapport aux personnes sans limitations motrices). Des écarts de recours sont également constatés pour les personnes déclarant des limitations cognitives avec une diminution de l'ordre de 5 points par rapport

¹⁰ L'Insee catégorise les communes en zone et aires urbaines : commune appartenant à un grand pôle (10 000 emplois ou plus) ; commune appartenant à la couronne d'un grand pôle ; commune multipolarisée des grandes aires urbaines ; commune appartenant à un moyen pôle (5 000 à moins de 10 000 emplois) ; commune appartenant à la couronne d'un moyen pôle ; commune appartenant à un petit pôle (de 1 500 à moins de 5 000 emplois) ; commune appartenant à la couronne d'un petit pôle ; autre commune multipolarisée ; commune isolée hors influence des pôles.

Tableau 7 Recours aux soins dentaires en fonction des scores de limitations fonctionnelles

Tableau complet présenté en annexe électronique
www.irdes.fr/donnees/560-l-acces-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.xls

		Modèle 1 (caractéristiques démographiques + besoins de soins)	Modèle 2 (modèle 1 + caractéristiques sociales)	Modèle 3 (modèle 2 + caractéristiques géographiques)
Recours aux soins dentaires (N = 14 243)				
Score de limitations motrices	Effets marginaux	-0,0213***	-0,0084	-0,0089
	Ecart types	-0,0072	-0,0073	-0,0073
Score de limitations cognitives	Effets marginaux	-0,0209**	-0,0028	-0,0042
	Ecart types	-0,0091	-0,0092	-0,0093
Limitations visuelles (N : 749)	Effets marginaux	-0,0387	-0,0246	-0,0261
	Ecart types	-0,0423	-0,0408	-0,0403
Limitations auditives (N : 847)	Effets marginaux	0,0099	0,0194	0,0195
	Ecart types	-0,0337	-0,0338	-0,0336

Lecture : L'augmentation du score de limitations motrices réduit la probabilité de recourir à des soins dentaires d'environ 2 points à sexe, âge, autres limitations et proxys de besoins (déchaussements dentaires) égaux.

Source : HSM, calculs Irdes.

Tableau 8 Recours aux soins dentaires en fonction de la reconnaissance administrative du handicap

Tableau complet présenté en annexe électronique
www.irdes.fr/donnees/560-l-acces-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.xls

		Modèle 1 (caractéristiques démographiques + besoins de soins)	Modèle 2 (modèle 1 + caractéristiques sociales)	Modèle 3 (modèle 2 + caractéristiques géographiques)
Recours aux soins dentaires (N = 14 243)				
Reconnaissance administrative (N : 3 332) Réf : pas de reconnaissance	Effets marginaux	-0,0505***	0,0027	0,0013
	Ecart types	-0,0171	-0,0203	-0,0204

Lecture : Les personnes ayant déclaré avoir une reconnaissance de handicap ont une probabilité de recourir à des soins dentaires réduite de 5 points par rapport aux personnes n'ayant pas déclaré de reconnaissance de handicap à âge, sexe et proxys de besoins (déchaussements dentaires) égaux.

Source : HSM, calculs Irdes.

Tableau 9 Recours aux soins dentaires en fonction du type de reconnaissance administrative (contrôlé par les scores de limitations fonctionnelles)

Tableau complet présenté en annexe électronique
www.irdes.fr/donnees/560-l-acces-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.xls

		Modèle 1 (caractéristiques démographiques + besoins de soins)	Modèle 2 (modèle 1 + caractéristiques sociales)	Modèle 3 (modèle 2 + caractéristiques géographiques)
Recours aux soins dentaires (N = 14 243)				
Allocation aux adultes handicapés (AAH) (N : 1 030) Réf : pas de reconnaissance	Effets marginaux	-0,0904***	-0,019	-0,0162
	Ecart types	-0,0313	-0,033	-0,033
Pension d'invalidité (N : 1 045) Réf : pas de reconnaissance	Effets marginaux	0,0235	0,0466	0,0441
	Ecart types	-0,0294	-0,0299	-0,0303
Rente d'incapacité (N : 239) Réf : pas de reconnaissance	Effets marginaux	-0,0484	-0,0472	-0,0437
	Ecart types	-0,0596	-0,0624	-0,0629
Autres reconnaissances (N : 1 018) Réf : pas de reconnaissance	Effets marginaux	0,0246	0,0439	0,0424
	Ecart types	-0,0289	-0,0304	-0,0306

Lecture : Les personnes percevant une Allocation aux adultes handicapés (AAH) ont une probabilité de recourir à des soins dentaires réduite de 9 points par rapport aux personnes sans reconnaissance de handicap à sexe, âge, proxys de besoins (déchaussements dentaires) et à limitations fonctionnelles égaux.

Source : HSM, calculs Irdes.

aux personnes qui n'ont pas de limitations cognitives. Les limitations visuelles et auditives ne semblent en revanche pas être associées à une diminution du recours aux soins dentaires.

A niveau socio-économique équivalent (modèle 2), les différentiels de recours précédemment constatés pour les personnes déclarant des limitations motrices sans être en fauteuil roulant, ainsi que pour les personnes déclarant des limitations cognitives, ne sont plus significatifs. Ainsi, le niveau socio-économique plus faible de ces populations semble en partie associé à leur moindre recours aux soins dentaires (*cf.* statistiques descriptives du chapitre 2.3.1). En revanche, l'introduction des variables sociales est sans effet sur le différentiel de recours des personnes en fauteuil roulant (il reste inférieur de 11 points par rapport à celui des personnes sans limitations motrices (**tableau 6**, modèle 2 et 3)). Une partie des différentiels de recours pour les personnes handicapées par rapport aux personnes sans limitation est liée à leurs conditions socio-économiques. Quel que soit le niveau socio-économique, pour les personnes en fauteuil, le recours aux soins est plus difficile. L'hypothèse des difficultés d'accès physique semble pertinente.

Le différentiel de recours constaté lorsque les individus déclarent au moins une limitation (**tableau 6** modèle 1) augmente lorsque les individus cumulent un plus grand nombre de limitations. Ainsi, le modèle 1 du **tableau 7** indique une diminution de 2 points de la probabilité de recourir aux soins dentaires lorsque le score de limitation fonctionnelle motrice ou cognitive augmente d'un point. En revanche, l'introduction des variables socio-économiques fait disparaître cet effet.

3.1.1.3. Résultats pour la dimension de la reconnaissance administrative du handicap

Les résultats obtenus en introduisant comme marqueur de handicap la reconnaissance administrative concordent avec les résultats des limitations fonctionnelles. Ainsi, les personnes ayant une reconnaissance de handicap affichent une probabilité d'accès aux soins dentaires inférieure de 5 points par rapport aux personnes sans reconnaissance de handicap (**tableau 8**, modèle 1). Ce constat n'est toutefois plus vérifié après introduction des variables sociales (modèle 2 et 3).

La variable de reconnaissance administrative de handicap, construite pour l'étude, amalgame néanmoins une assez grande diversité de motifs de reconnaissance, ce qui justifie de reproduire l'analyse à un niveau plus fin en distinguant ces différents motifs. Après cette analyse, il apparaît que le différentiel de recours négatif associé aux personnes ayant une reconnaissance administrative avant introduction des variables sociales dans le modèle est spécifique aux personnes percevant l'AAH. En effet, seule cette catégorie de personnes bénéficiant d'une reconnaissance administrative de handicap affiche une probabilité de recourir aux soins dentaires inférieure de 9 points dans le modèle 1 (référence : personnes sans reconnaissance administrative de handicap, **tableau 9**, modèle 1). Ce résultat disparaît toutefois après introduction des variables sociales. Cet écart de recours est certainement à mettre en relation avec les caractéristiques socio-économiques plus faibles de la population percevant ce minimum social. Pour les titulaires d'une pension d'invalidité, l'effet n'est jamais significatif, comme pour les bénéficiaires d'une rente d'incapacité, ce qui peut s'expliquer le ticket modérateur dont elles bénéficient étant pris en charge (*cf.* paragraphe 2.3.2).

3.1.1.4. Résultats pour la dimension du croisement entre les limitations fonctionnelles et la reconnaissance du handicap

Les résultats obtenus dans le modèle 1 (**tableau 10**) permettent de montrer que par rapport à un individu qui n'a pas de limitations fonctionnelles ni de reconnaissance administrative de handicap (population de référence), le fait d'avoir des limitations et une reconnaissance administrative est associé à une réduction de la probabilité de recourir aux soins

dentaires de 5 points (modèle 1). De plus, les personnes qui déclarent des limitations mais pas de reconnaissance affichent une probabilité de recours inférieure de 9 points tandis que les individus qui inversement déclarent une reconnaissance administrative mais pas de limitations présentent une probabilité de recours inférieure de 7 points par rapport à la population de référence.

L'application d'un test de Wald sur les indicateurs de limitation reconnue et de limitation non reconnue a permis de tester l'hypothèse d'égalité de ces coefficients dans notre modèle. Le rejet de l'hypothèse d'égalité des coefficients de ces indicateurs au seuil de 10 % indique un recours plus faible des personnes déclarant des limitations mais pas de reconnaissance administrative par rapport aux personnes déclarant des limitations et une reconnaissance administrative (-9 points < -5 points).

Afin d'apporter des précisions sur ce résultat, nous avons réalisé ces mêmes estimations sur des sous-populations socio-économiques homogènes définies soit en fonction du niveau de diplôme (analyse pour chaque niveau de diplôme), soit en fonction du niveau de revenu (analyse pour chaque niveau de revenu). Le différentiel de recours négatif des personnes déclarant des limitations fonctionnelles mais n'ayant pas de reconnaissance administrative par rapport aux personnes déclarant des limitations fonctionnelles et une reconnaissance administrative reste significatif pour les personnes sans diplôme et celles avec un revenu par unité de consommation inférieur à 861 €. La reconnaissance administrative semble par conséquent être un facteur lié à une augmentation de la probabilité de recourir aux soins dentaires pour les populations à niveau socio-économique faible.

Après introduction dans le modèle 2 des variables socio-économiques (tableau 10), seuls les individus déclarant des limitations mais pas de reconnaissance administrative de handicap affichent une probabilité de recours aux soins dentaires inférieure de 5 points par rapport à un individu qui n'a pas de limitation et qui ne bénéficie pas d'une reconnaissance administrative de handicap.

Ce dernier résultat confirme nos analyses précédentes, les personnes ayant des limitations non reconnues ont des recours moins importants car elles n'ont pas de compensations financières à la différence des personnes ayant des limitations reconnues.

Tableau 10 Recours aux soins dentaires en fonction du croisement entre les limitations fonctionnelles et la reconnaissance administrative

		Modèle 1 (caractéristiques démographiques + besoins de soins)	Modèle 2 (modèle 1 + caractéristiques sociales)	Modèle 3 (modèle 2 + caractéristiques géographiques)
Recours aux soins dentaires (N = 14 243)				
Limitations fonctionnelles reconnues (N : 2477)	Effets marginaux	-0,0539***	0,0127	0,0091
	Ecart types	-0,0190	-0,0225	-0,0227
Limitations fonctionnelles non reconnues (N : 2389)	Effets marginaux	-0,0917***	-0,0520**	-0,0549***
	Ecart types	-0,0202	-0,0206	-0,0207
Pas de limitations fonctionnelles mais reconnaissance (N : 855)	Effets marginaux	-0,0761**	-0,0390	-0,0382
	Ecart types	-0,0306	-0,0328	-0,0332



Tableau complet présenté en annexe électronique
www.irdes.fr/donnees/560-l-acces-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.xls

Lecture : Ici, la référence est constituée par les personnes sans limitations fonctionnelles ni reconnaissance de handicap. Les personnes ayant déclaré avoir des limitations fonctionnelles reconnues administrativement ont une probabilité de recourir à des soins dentaires réduite de 5 points par rapport aux personnes n'ayant pas déclaré de limitations fonctionnelles ni de reconnaissance de handicap à âge, sexe et proxys de besoins (déchaussements dentaires) équivalents.

Source : HSM, calculs Irdes.

3.1.2. Etude de la dépense, des restes à charge et des dépassements d'honoraires liés aux soins dentaires

L'analyse de la consommation dentaire, rendue possible par l'appariement de l'enquête HSM avec les données du Sniiram, porte à la fois sur les soins dentaires et sur les prothèses dentaires. La base portant sur les soins dentaires sélectionne les 4 055 individus ayant eu recours à des soins dentaires, c'est-à-dire les personnes présentant une dépense de soins dentaires (sans les prothèses dentaires) strictement supérieure à zéro euro. La base de données sur la consommation de prothèses dentaires porte, quant à elle, sur les 1 094 personnes présentant une dépense de prothèses dentaires positive.

Dans l'étude qui suit, lorsque les « dépenses » et les « restes à charge » des individus sont évoqués, ils correspondent toujours au périmètre de la dépense remboursable, sans les dépassements d'honoraires, ce qui n'empêche toutefois pas qu'une analyse séparée des « dépassements d'honoraires » soit également proposée. Pour l'analyse de la consommation de soins dentaires, chaque modèle est contrôlé par les variables démographiques (sexe, âge), par la variable de proxy de besoins (déchaussements dentaires), par le niveau socio-économique de la personne (couple, revenu, diplôme, complémentaire santé) et par sa situation géographique (zonage en aire urbaine et départements d'outre-mer). De plus, les modèles analysant la dépense, le reste à charge et les dépassements d'honoraires sont contrôlés par le nombre de séances. Pour l'analyse de la consommation de prothèses dentaires en revanche, seuls les montants globaux – et non les montants par prothèse – de la dépense, du reste à charge et des dépassements d'honoraires éventuels ont été étudiés, faute d'information sur le nombre de prothèses dentaires.

3.1.2.1. Résultats sur les variables explicatives autres que les marqueurs de handicap pour les analyses de consommation de soins dentaires sans les prothèses dentaires

Sans surprise, la dépense, le reste à charge et les dépassements d'honoraires augmentent mécaniquement avec le nombre de séances chez le dentiste. Le sexe des personnes ne semble avoir d'impact ni sur le nombre de séances chez le dentiste ni sur leurs dépenses, leurs restes à charge et leurs dépassements d'honoraires (à nombre de séances égales). De même, le déchaussement dentaire apparaît sans effet sur la consommation dentaire dans nos modèles. Cependant, les personnes âgées entre 26 et 30 ans présentent une dépense de soins dentaires à nombre de séances équivalent supérieure de 8 % par rapport à celle des 36-40 ans (référence). Les personnes âgées de 46 à 50 ans s'affichent, quant à elles, des dépassements d'honoraires supérieurs de 15 % par rapport à la référence – 9 % pour les 51-55 ans – toutes choses égales par ailleurs dont le nombre de séances.

Les personnes bénéficiant de la CMU-C affichent un nombre de séances supérieur de 16 % par rapport aux personnes ayant une complémentaire santé, ce qui peut être rapproché de leur état de santé bucco-dentaire plus dégradé que le reste de la population (Alonier *et al.*, 2012). Cependant, à nombre de séances égal, leurs dépenses, leurs restes à charge et leurs dépassements d'honoraires ne sont pas significativement différents de ceux des nonbénéficiaires. Les personnes couvertes par une complémentaire santé et qui bénéficient d'une exonération de leur ticket modérateur présentent un reste à charge inférieur de 16 % par rapport aux personnes ayant une complémentaire santé sans exonération du ticket modérateur. Les personnes avec un niveau de diplôme supérieur au baccalauréat sont associées à un nombre de séances chez le dentiste inférieur d'environ 9 % par rapport aux personnes ayant arrêté leurs études au baccalauréat, mais leurs dépenses, restes à charge et dépassements d'honoraires n'apparaissent pas significativement différents à nombre de séances égal. Enfin, les personnes percevant un revenu par unité de consommation supérieur à 1 821 € n'ont pas un nombre de séances, ni une dépense ou un reste à charge différent

des personnes ayant un revenu moyen élevé (entre 1 281 et 1 821 €). Cependant, leurs dépassements d'honoraires sont plus élevés de 12 % par rapport à celui des revenus moyens élevés.

Les consommations de soins dentaires diffèrent en fonction de la commune de résidence de la personne. D'un part, les personnes résidant dans une commune appartenant à la couronne d'un pôle d'emploi de l'espace rural sont associées à des dépenses inférieures de 18 % par rapport aux personnes résidant dans des pôles urbains. D'autre part, les personnes résidant à Lyon, Paris ou Marseille affichent un nombre de séances supérieur de 14 % par rapport aux personnes résidant dans les autres pôles urbains. Cependant, leurs dépenses, restes à charge et dépassements d'honoraires à nombre de séances égal ne sont pas significativement différents de ceux des personnes résidant dans des pôles urbains. Enfin, les personnes résidant dans les départements d'outre-mer présentent des dépenses supérieures de 9 %, des restes à charge supérieurs de 23 % et des dépassements d'honoraires supérieurs de 40 % par rapport aux personnes résidant en métropole pour un nombre de séances équivalent.

3.1.2.2. Résultats sur les variables explicatives autres que les marqueurs de handicap pour les analyses de consommation de prothèses dentaires

Les variables démographiques semblent liées à une augmentation de la consommation de prothèses dentaires. Ainsi, on constate d'abord un effet de l'âge avec une dépense de prothèses dentaires inférieure de 22 % et un reste à charge inférieur de 42 % pour les 20-30 ans par rapport aux 30-40 ans (pas de différence significative en revanche pour les dépassements d'honoraires). Pour les 40-50 ans, la dépense n'est pas significativement différente de celle des personnes âgées de 30 à 40 ans mais leur reste à charge est inférieur de 17 % par rapport à cette même référence. Les dépenses et les reste à charge des hommes ne diffèrent pas de ceux des femmes mais les dépassements d'honoraires qu'ils supportent sont en revanche inférieurs de 31 %.

S'agissant de la situation au regard de la complémentaire santé, les résultats vont dans le même sens que pour la consommation dentaire mais de façon plus amplifiée. En effet, les personnes bénéficiant de la CMU-C ont une dépense de prothèses dentaires supérieure de 30 % aux personnes ayant une complémentaire santé, sans doute en lien également avec un état de santé dentaire plus dégradé (Allonier *et al.*, 2012). Les personnes couvertes par une complémentaire santé et qui bénéficient d'une exonération du ticket modérateur ont un reste à charge inférieur de 38 % par rapport aux personnes ayant une complémentaire santé sans exonération du ticket modérateur alors que leurs dépenses de prothèses ne sont pas significativement différentes.

Les personnes dont le niveau de diplôme équivaut au certificat d'études affichent une consommation de prothèse inférieure par rapport aux personnes diplômées du baccalauréat, tant en termes de dépenses (-60 %), de restes à charge (-53 %) que de dépassements (-65 %). Ces modèles n'étant pas contrôlés par le nombre de prothèses dentaires, une hypothèse potentiellement explicative du différentiel est que les personnes avec un certificat d'études (toutes choses égales par ailleurs dont le sexe et l'âge) auraient une consommation de prothèses dentaires plus faible.

On distingue également un effet sur le revenu par unité de consommation. Les personnes avec un revenu par unité de consommation inférieur à 681 € présentent des dépenses de prothèses dentaires inférieures de 21 % par rapport aux personnes ayant un revenu moyen élevé (entre 1 281 et 1 821 €). Enfin, les personnes résidant dans des communes multipolarisées (communes rurales non isolées) présentent des dépenses supérieures de 25 % et des dépassements d'honoraires de 38 % par rapport aux personnes résidant dans des pôles urbains.

3.1.2.3. Résultats sur les limitations fonctionnelles

Le nombre de séances chez le dentiste n'est affecté par aucun indicateur de limitations fonctionnelles (modèle 1 du **tableau 11**). Un résultat marquant de l'analyse tient au fait que les limitations qui influencent les dépenses ne sont pas les mêmes que celles qui influencent le reste à charge. S'agissant des dépenses contrôlées du nombre de séances, les personnes déclarant des limitations auditives affichent des dépenses supérieures de 11 % chez le dentiste et de 25 % pour les prothèses dentaires. Les restes à charge chez le dentiste sont inférieurs de 16 % lorsque le score de limitations motrices de la personne augmente d'un point et de 8 % lorsque le score de limitations cognitives augmente d'un point. En ce qui concerne les prothèses dentaires, les restes à charge ne diminuent significativement (-19 %) qu'avec l'augmentation du score de limitations motrices. Enfin, les dépassements d'hono-

Tableau 11 Consommation de soins dentaires en fonction du score de limitations fonctionnelles

Tableau complet présenté en annexe électronique
www.irdes.fr/donnees/560-l-access-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.xls

		Logarithme du nombre de séances	Logarithme de la dépense ¹	Logarithme du reste à charge ¹	Logarithme du dépassement d'honoraires ²
Score de limitations motrices	Effets marginaux	-0,0139	0,0122	-0,155***	-0,0109
	Écarts types	-0,0164	-0,0113	-0,0322	-0,0122
Score de limitations cognitives	Effets marginaux	-0,0236	-0,0151	-0,0803**	0,0080
	Écarts types	-0,0215	-0,0173	-0,0354	-0,0185
Limitations visuelles (N : 168)	Effets marginaux	-0,0293	-0,0678	0,0716	0,1400
	Écarts types	-0,0882	-0,0573	-0,1180	-0,1430
Limitations auditives (N : 245)	Effets marginaux	0,0069	0,106*	0,1020	0,0294
	Écarts types	-0,0667	-0,0591	-0,0929	-0,1070

¹ Sans les dépassements d'honoraires et contrôlé par le nombre de séances.

² Contrôlé par le nombre de séances.

Lecture : Le logarithme du reste à charge (sans les dépassements d'honoraires) est réduit de 15,5 % avec l'augmentation du score de limitation motrice d'un point à nombre de séance, sexe, âge, proxys de besoins (déchaussements dentaires), niveau socio-économique et situation géographique équivalents.

Source : HSM, calculs Irdes.

Tableau 12 Consommation de prothèses dentaires en fonction du score de limitations fonctionnelles

Tableau complet présenté en annexe électronique
www.irdes.fr/donnees/560-l-access-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.xls

		Logarithme de la dépense ¹	Logarithme du reste à charge ¹	Logarithme du dépassement d'honoraires
Score de limitations motrices	Effets marginaux	-0,0025	-0,195**	0,0828
	Écarts types	-0,0458	-0,0770	-0,0697
Score de limitations cognitives	Effets marginaux	0,0281	-0,1120	-0,0753
	Écarts types	-0,0559	-0,1120	-0,1320
Limitations visuelles (N : 40)	Effets marginaux	0,0560	0,3370	0,4680
	Écarts types	-0,3200	-0,4900	-0,4100
Limitations auditives (N : 92)	Effets marginaux	0,245**	0,1010	0,1610
	Écarts types	-0,1170	-0,1820	-0,3140

¹ Sans les dépassements d'honoraires.

Lecture : Le logarithme du reste à charge (sans les dépassements d'honoraires) est réduit de 19,5 % avec l'augmentation du score de limitation motrice d'un point à nombre de séance, sexe, âge, proxys de besoins (déchaussements dentaires), niveau socio-économique et situation géographique équivalents.

Source : HSM, calculs Irdes.

Tableau 13 Consommation de soins dentaires en fonction de la reconnaissance administrative

Tableau complet présenté en annexe électronique
www.irdes.fr/donnees/560-l-acces-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.xls

		Logarithme du nombre de séances	Logarithme de la dépense ¹	Logarithme du reste à charge ¹	Logarithme du dépassement d'honoraires ²
Reconnaissance administrative (N : 866)	Effets marginaux	0,0042	-0,0550*	-1,031***	-0,0349
	Écarts types	-0,0435	-0,0312	-0,0835	-0,0340

¹ Sans les dépassements d'honoraires et contrôlé par le nombre de séances

² Contrôlé par le nombre de séances

Lecture : Le logarithme du reste à charge (sans les dépassements d'honoraires) est réduit de 103,1 % pour les personnes bénéficiant d'une reconnaissance administrative de handicap par rapport aux personnes sans reconnaissance administrative de handicap à nombre de séances, sexe, âge, proxys de besoins (déchaussements dentaires), niveau socio-économique et situation géographique équivalents.

Source : HSM, calculs Irdes.

Tableau 14 Consommation de prothèses dentaires en fonction de la reconnaissance administrative

Tableau complet présenté en annexe électronique
www.irdes.fr/donnees/560-l-acces-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.xls

		Logarithme de la dépense ¹	Logarithme du reste à charge ¹	Logarithme du dépassement d'honoraires
Reconnaissance administrative (N : 277)	Effets marginaux	0,0707	-1,474***	0,2150
	Écarts types	-0,1150	-0,2010	-0,1700

¹ Sans les dépassements d'honoraires

Lecture : Le logarithme du reste à charge (sans les dépassements d'honoraires) est réduit de 147 % pour les personnes bénéficiant d'une reconnaissance administrative de handicap par rapport aux personnes sans reconnaissance administrative de handicap à nombre de séances, sexe, âge, proxys de besoins (déchaussements dentaires), niveau socio-économique et situation géographique équivalents.

Source : HSM, calculs Irdes.

Tableau 15 Consommation de soins dentaires en fonction du type de reconnaissance administrative

Tableau complet présenté en annexe électronique
www.irdes.fr/donnees/560-l-acces-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.xls

		Logarithme du nombre de séances	Logarithme de la dépense ¹	Logarithme du reste à charge ¹	Logarithme du dépassement d'honoraires ²
Allocation aux adultes handicapés (AAH) (N : 197)	Effets marginaux	0,0245	-0,135***	-0,399***	-0,0043
	Écarts types	-0,0786	-0,0491	-0,1460	-0,0532
Pension d'invalidité (N : 312)	Effets marginaux	0,0411	-0,105 **	-2,099***	-0,0988**
	Écarts types	-0,0722	-0,0506	-0,1690	-0,0442
Rente d'incapacité (N : 72)	Effets marginaux	0,1430	-0,0240	-0,3660	0,0311
	Écarts types	-0,1320	-0,0804	-0,2610	-0,1040
Autres reconnaissances administratives (N : 285)	Effets marginaux	-0,0145	-0,0242	-0,595***	-0,0552
	Écarts types	-0,0600	-0,0497	-0,1270	-0,0347
Score de limitations motrices	Effets marginaux	-0,0177	0,0196*	-0,0366	-0,0053
	Écarts types	-0,0172	-0,0118	-0,0248	-0,0122
Score de limitations cognitives	Effets marginaux	-0,0249	-0,0063	-0,0132	0,0111
	Écarts types	-0,0221	-0,0175	-0,0303	-0,0178
Limitations visuelles (N : 168)	Effets marginaux	-0,0283	-0,0651	0,0839	0,1410
	Écarts types	-0,0881	-0,0572	-0,0833	-0,1440
Limitations auditives (N : 245)	Effets marginaux	0,0093	0,108*	0,1310	0,0327
	Écarts types	-0,0669	-0,0593	-0,0878	-0,1070

¹ Sans les dépassements d'honoraires et contrôlé par le nombre de séances

² Contrôlé par le nombre de séances

Lecture : Le logarithme de la dépense (sans les dépassements d'honoraires) est réduit de 13,5 % pour les personnes bénéficiant d'une AAH par rapport aux personnes sans reconnaissance administrative de handicap à nombre de séances, nombre de limitations, sexe, âge, proxys de besoins (déchaussements dentaires), niveau socio-économique et situation géographique équivalents.

Source : HSM, calculs Irdes.

raires, que ce soit chez le dentiste ou pour les prothèses dentaires, ne sont jamais affectés par aucun indicateur de limitation fonctionnelle.

3.1.2.4. Résultats sur la reconnaissance de handicap

La reconnaissance administrative de handicap n'est associée ni à la variation du nombre de séances chez le dentiste, ni à la dépense, ni même aux dépassements d'honoraires. Elle semble en revanche exercer une influence significative sur les restes à charge, dentaire et de prothèse dentaire. En effet, les personnes bénéficiant d'une reconnaissance administrative de handicap affichent un reste à charge sur les soins dentaires deux fois moins important que les personnes sans reconnaissance de handicap, et une réduction de reste à charge de 147 % pour les prothèses dentaires, soit un montant plus de deux fois moins important.

Ces premiers résultats sur l'impact de la reconnaissance administrative sont complétés par une analyse plus fine permettant de détailler les types de reconnaissance administrative de handicap. Le **tableau 15** permet tout d'abord de constater que l'absence d'effet de la reconnaissance administrative sur la dépense dentaire (**tableau 13**) dissimule en définitive des effets significatifs lorsque l'on détaille les motifs de reconnaissance : la dépense de soins dentaires est inférieure de 13 % pour les personnes percevant l'AAH et de 10 % pour les personnes percevant une pension d'invalidité par rapport aux personnes sans reconnaissance administrative (population de référence). Au contraire, l'analyse de la dépense de prothèse dentaire ne fait pas ressortir d'effet significatif des différents motifs de reconnaissance administrative de handicap.

Tableau 16 Consommation de prothèses dentaires en fonction du type de reconnaissance administrative

Tableau complet présenté en annexe électronique
www.irdes.fr/donnees/560-l-acces-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.xls

		Logarithme de la dépense ¹	Logarithme du reste à charge ¹	Logarithme du dépassement d'honoraires
Allocation aux adultes handicapés (AAH) (N : 55)	Effets marginaux	-0,1650	-0,7380**	0,0402
	Ecarts types	-0,2030	-0,3560	-0,2690
Pension d'invalidité (N : 106)	Effets marginaux	0,1720	-2,383***	0,350*
	Ecarts types	-0,1800	-0,4510	-0,2100
Rente d'incapacité (N : 23)	Effets marginaux	0,0659	-1,513***	-0,0286
	Ecarts types	-0,4440	-0,4710	-0,5110
Autres reconnaissances administratives (N : 93)	Effets marginaux	0,0253	-0,930***	0,1270
	Ecarts types	-0,1380	-0,2900	-0,2220
Score de limitations motrices	Effets marginaux	-0,0089	-0,0146	0,0624
	Ecarts types	-0,0480	-0,0666	-0,0675
Score de limitations cognitives	Effets marginaux	0,0311	-0,0114	-0,0886
	Ecarts types	-0,0570	-0,0983	-0,1370
Limitations visuelles (N : 40)	Effets marginaux	0,0405	0,2890	0,4710
	Ecarts types	-0,3230	-0,3690	-0,4180
Limitations auditives (N : 92)	Effets marginaux	0,2510**	0,1040	0,1590
	Ecarts types	-0,1170	-0,1510	-0,3170

¹ Sans les dépassements d'honoraires.

Lecture : Le logarithme du reste à charge (sans les dépassement d'honoraires) est réduit de 73,8 % pour les personnes bénéficiant de l'AAH par rapport aux personnes sans reconnaissance administrative de handicap à nombre de séances, nombre de limitations, sexe, âge, proxys de besoins (déchaussemements dentaires), niveau socio-économique et situation géographique équivalents.

Source : HSM, calculs Irdes.

Tableau 17 Consommation de soins dentaires en fonction du croisement des limitations et de la reconnaissance administrative

		Logarithme du nombre de séances	Logarithme de la dépense ¹	Logarithme du reste à charge ¹	Logarithme du dépassement d'honoraires ²
Limitations fonctionnelles reconnues (N : 196)	Effets marginaux	0,0350	-0,0412	-1,096***	-0,0214
	Ecart types	-0,0506	-0,0358	-0,1020	-0,0434
Limitations fonctionnelles non reconnues (N : 191)	Effets marginaux	-0,0122	0,0902***	0,0820*	0,0484
	Ecart types	-0,0414	-0,0324	-0,0479	-0,0497
Pas de limitations fonctionnelles mais reconnaissance (N : 81)	Effets marginaux	-0,0500	-0,0371	-0,8910***	-0,0350
	Ecart types	-0,0656	-0,0477	-0,1330	-0,0325

¹ Sans les dépassements d'honoraires et contrôlé par le nombre de séances.

² Contrôlé par le nombre de séances.

Lecture : Le logarithme du reste à charge (sans les dépassements d'honoraires) est réduit de 109,6 % pour les personnes déclarant des limitations fonctionnelles et une reconnaissance de handicap par rapport aux personnes sans limitations fonctionnelles ni reconnaissance administrative de handicap à nombre de séance, sexe, âge, proxys de besoins (déchaussements dentaires), niveau socio-économique et situation géographique équivalents.

Source : HSM, calculs Irdes.

Tableau 18 Consommation de prothèses dentaires en fonction du croisement entre les limitations fonctionnelles et la reconnaissance administrative

		Logarithme de la dépense	Logarithme du reste à charge ¹	Logarithme du dépassement d'honoraires ¹
Limitations fonctionnelles reconnues (N : 196)	Effets marginaux	0,1070	-1,590***	0,3110*
	Ecart types	-0,1280	-0,2140	-0,1800
Limitations fonctionnelles non reconnues (N : 191)	Effets marginaux	0,2810***	0,2320*	0,0696
	Ecart types	-0,0967	-0,1330	-0,2990
Pas de limitations fonctionnelles mais reconnaissance (N : 81)	Effets marginaux	0,1290	-1,168***	0,0746
	Ecart types	-0,1930	-0,3550	-0,2540

¹ Sans les dépassements d'honoraires.

Lecture : Le logarithme du reste à charge (sans les dépassements d'honoraires) est réduit de 159 % pour les personnes déclarant des limitations fonctionnelles et une reconnaissance de handicap par rapport aux personnes sans limitations fonctionnelles ni reconnaissance administrative de handicap à nombre de séances, sexe, âge, proxys de besoins (déchaussements dentaires), niveau socio-économique et situation géographique équivalents.

Source : HSM, calculs Irdes.

Le reste à charge dentaire est significativement inférieur pour différents motifs de reconnaissance de handicap par rapport aux personnes qui ne bénéficient pas de reconnaissance administrative de handicap : de 40 % pour les bénéficiaires de l'AAH, tandis qu'il est inférieur de 210 % pour les bénéficiaires d'une pension d'invalidité.

L'application d'un test de Wald sur les coefficients de l'AAH et de la pension d'invalidité confirme l'inégalité statistique de ces coefficients. Ainsi, le reste à charge chez le dentiste à nombre de séances, sexe, âge, niveau social et zonage géographique équivalents est supérieur de 170 % pour les personnes percevant une AAH par rapport aux personnes percevant une pension d'invalidité.

Le reste à charge lié aux prothèses dentaires est quant à lui inférieur de 74 % pour les bénéficiaires de l'AAH et même de 238 % pour les bénéficiaires d'une pension d'invalidité. A sexe, âge, niveau social et zonage géographique équivalents, le reste à charge d'une personne qui bénéficie de l'AAH est donc supérieur de 164 % par rapport à celui des personnes percevant une pension d'invalidité.

Toutefois, ni les variables de scores de limitations motrices ni celles relatives aux limitations cognitives ne présentent d'effet significatif sur le reste à charge à reconnaissance administrative équivalente. Il apparaît donc que les résultats présentés dans le **tableau 11** qui indiquaient des restes à charge plus faibles avec l'augmentation du score de limitations motrices et cognitives peuvent être associés au fait que les personnes ayant un score de limitations motrices et cognitifs important présentent dans le même temps une probabilité de reconnaissance administrative de handicap plus importante.

3.1.2.5. Résultats sur le croisement entre les limitations fonctionnelles et la reconnaissance administrative de handicap

Enfin, le croisement des limitations fonctionnelles et de la reconnaissance administrative du handicap, tel qu'il apparaît dans les **tableaux 17 et 18**, confirme le moindre reste à charge des personnes bénéficiant d'une reconnaissance administrative de handicap. En effet par rapport aux personnes ne déclarant ni limitations ni reconnaissance administrative de handicap (population de référence), le reste à charge de soins dentaires est inférieur d'environ 110 % et celui des prothèses dentaires d'environ 159 % pour les personnes déclarant des limitations fonctionnelles et une reconnaissance de handicap. De façon similaire, le reste à charge des personnes ayant déclaré une reconnaissance de handicap sans limitations fonctionnelles est également inférieur de 89 % pour les soins dentaires et de 117 % pour les prothèses dentaires par rapport à la population de référence. En revanche, l'existence de limitations fonctionnelles sans reconnaissance administrative de handicap induit un effet inflationniste sur les dépenses et les restes à charge : pour les personnes qui se trouvent dans cette configuration, la dépense de soins dentaires est supérieure de 9 % à nombre de séances équivalent et celle de prothèses dentaires de 28 % par rapport à la population de référence. La situation est comparable pour les restes à charge : ils sont supérieurs de 9 % pour les soins dentaires et de 23 % pour les prothèses dentaires.

3.1.2.6. Conclusion pour les soins dentaires

Cette étude met en évidence un différentiel négatif d'accès aux soins dentaires des personnes en situation de handicap, que celui-ci soit repéré par les limitations fonctionnelles ou la reconnaissance administrative de handicap. Toutefois, une grande partie du différentiel d'accès aux soins dentaires mis en évidence disparaît dans les modèles qui introduisent les variables sociales, à l'exception toutefois des résultats concernant les personnes en fauteuil roulant. Tous les motifs de reconnaissance administrative du handicap ne sont pas associés à la même probabilité de recourir aux soins dentaires, la différence de prise en charge

en termes d'exonération du ticket modérateur entre les personnes bénéficiant de l'AAH et les autres pouvant être une hypothèse explicative de ce constat.

Ces résultats appellent trois commentaires.

Le premier concerne la situation sociale des personnes handicapées. Celles-ci appartiennent plus souvent à des milieux sociaux plus défavorisés et leurs revenus sont plus faibles, en particulier lorsque leur handicap leur a interdit l'accès au marché du travail ou ne leur permet pas l'accès à des niveaux de salaire moyen ou élevé. De nombreuses études ont montré l'impact des inégalités sociales sur le recours aux soins (Raynaud, 2005). Nos résultats indiquent que les mêmes effets s'appliquent aux personnes handicapées : lorsqu'un différentiel d'accès aux soins existe pour ces personnes, la prise en compte des variables sociales permet de le réduire ou de le faire disparaître.

Au-delà de la dimension sociale, des problèmes d'accessibilité physique peuvent persister, comme le laissent supposer les résultats obtenus sur les personnes en fauteuil roulant. En effet, la prise en compte des variables sociales ne permet pas dans ce cas de réduire le différentiel de recours qui est dans ces conditions probablement lié à d'autres facteurs tels que l'accessibilité aux transports, à la voirie ou aux structures de soins elles-mêmes.

Enfin, on observe une concentration des inégalités d'accès aux soins courants sur les personnes relevant de l'AAH, personnes cumulant des revenus encore plus faibles que les allocataires des pensions et rentes d'invalidité, et ne bénéficiant pas de la prise en charge à 100 % de leurs soins, contrairement aux bénéficiaires de la pension d'invalidité.

Les analyses réalisées sur les dépenses, les restes à charge et les dépassements ont porté sur les seules personnes qui ont exposé une dépense dentaire strictement positive dans l'année, ce qui signifie qu'elles se sont rendu au moins une fois chez leur dentiste. L'étude ne peut prendre en compte les potentiels effets de renoncement aux soins qui sont liés à des raisons financières et d'accès à une complémentaire (Després *et al.*, 2011).

Aucun indicateur de handicap, ni les limitations ni la reconnaissance administrative de handicap n'exerce d'influence sur le nombre de séances chez le dentiste.

Le handicap exerce une influence ambivalente sur la dépense à nombre de séances équivalent selon les indicateurs considérés : les limitations auditives sont associées à une dépense supérieure tandis que deux motifs de reconnaissance administrative (l'AAH et la pension d'invalidité) sont en lien avec des dépenses inférieures. En revanche, lorsque les effets sur le reste à charge sont significatifs, ils sont convergents pour de nombreux indicateurs : limitations motrices, limitations cognitives, reconnaissance administrative de handicap, AAH, pension d'invalidité sont associées à des restes à charge inférieurs. L'AAH s'accompagne toutefois d'un différentiel de reste à charge moins important que les autres motifs de reconnaissance qui sont assortis d'une prise en charge du ticket modérateur (pensions d'invalidité, rentes d'incapacité). Le croisement des deux dimensions de handicap montre qu'une personne déclarant des limitations reconnues administrativement encourt un reste à charge significativement plus faible qu'une personne qui a des limitations non reconnues.

Les résultats obtenus sur les dépenses de prothèses dentaires sont assez semblables à ceux obtenus sur les dépenses liées aux séances chez le dentiste. La dépense est rarement affectée par les indicateurs de handicap (elle est supérieure uniquement pour les personnes déclarant des limitations auditives) tandis que le reste à charge est quasiment systématiquement inférieur pour les indicateurs de handicap (limitations motrices, reconnaissance administrative, AAH, pension d'invalidité, rente d'incapacité, autres reconnaissances admi-

nistratives), avec un écart moins conséquent pour les bénéficiaires de l'AAH que pour les autres motifs de reconnaissance administrative de handicap.

3.2. Les soins ophtalmologiques

3.2.1. Le recours aux soins ophtalmologiques

L'accès aux soins ophtalmologiques pour les personnes en situation de handicap doit faire l'objet d'une attention particulière, d'autant que certains handicaps sont susceptibles de générer des difficultés visuelles qui accroissent le besoin (Evenhuis *et al.*, 2001; Krinsky-McHale *et al.*, 2012; Maatta *et al.*, 2006). Alors même que les besoins de soins peuvent être accrus pour les personnes en situation de handicap, un frein à l'accès peut résider dans la difficulté à exprimer ces besoins de soins (HAS, 2011).

L'analyse des soins ophtalmologiques a été effectuée sur la population des 20-59 ans ayant répondu à la question : « Au cours de ces douze derniers mois, êtes-vous allé pour vous-même chez un ophtalmologiste ? ». Après suppression des valeurs manquantes (reconnaissance administrative, complémentaire...) la population d'étude est composée de 14 247 individus.

Sur cette population, la probabilité de recourir à des soins ophtalmologiques est de 0,19, soit environ une personne sur cinq. Pour les personnes en situation de handicap, les moyennes de recours aux soins ophtalmologiques sont plus importantes que pour les autres personnes, dans une proportion qui peut varier de 2 à 5 points selon les indicateurs considérés (**tableau 19**).

Tableau 19 Comparaison de moyennes de recours aux soins ophtalmologiques en fonction des indicateurs de handicap

		Effectifs bruts	Moyenne de recours	Test du chi2		Ecart de moyennes de recours des personnes handicapées vs non handicapées	
				Valeur	Probabilité		
Limitations motrices	Sans	11 192	0,1954	-5,66	<0,0001	0,0488	
	Au moins une	3 055	0,2442				
Limitations cognitives	Sans	12 035	0,1967	-2,65	0,0081	0,0253	
	Au moins une	2 212	0,2220				
Limitations auditives	Sans	13 397	0,1972	-2,98	0,0030	0,0449	
	Au moins une	850	0,2421				
Reconnaissance administrative	Sans reconnaissance	10 907	0,1956	-5,72	<0,0001	0,0476	
	Avec reconnaissance	3 340	0,2432				
Croisement	Limitations + reconnaissance	Non	11 766	0,1963	-5,81	<0,0001	0,0549
		Oui	2 481	0,2512			
	Limitations + pas de reconnaissance	Non	11 861	0,1950	-3,71	0,0002	0,0347
		Oui	2 386	0,2297			
	Pas de limitations + reconnaissance	Non	13 388	0,1976	-2,16	0,0312	0,0319
		Oui	859	0,2295			
	Pas de limitations + pas de reconnaissance	Non	5 726	0,2348	6,12	<0,0001	-0,0431
		Oui	8 521	0,1917			

Lecture : La moyenne de recours des 2 346 personnes ayant déclaré au moins une limitation motrice est de 0,3. Cette moyenne n'est pas significativement différente de la moyenne de recours des personnes sans limitations motrices, au seuil de 5 %.

Champs : HSM, calculs Irdes.

Tableau 20 Recours aux soins ophtalmologiques pour les personnes ayant déclaré des limitations fonctionnelles

Tableau complet présenté en annexe électronique
www.irdes.fr/donnees/560-l-access-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.xls

		Modèle 1 (caractéristiques démographiques + besoins de soins)	Modèle 2 (modèle 1 + caractéristiques sociales)	Modèle 3 (modèle 2 + caractéristiques géographiques)
Recours aux soins ophtalmologiques (N = 14 247)				
Fauteuil roulant (N : 175) Réf : pas de limitations motrices	Effets marginaux	0,0157	0,0119	0,0087
	Ecart types	-0,0327	-0,0351	-0,0354
Limitations motrices mais pas en fauteuil roulant (N : 2 171) Réf : pas de limitations motrices	Effets marginaux	-0,0026	0,0255	0,0244
	Ecart types	-0,0143	-0,0165	-0,0164
Limitations cognitives (N : 1 463) Réf : pas de limitations cognitives	Effets marginaux	0,0138	0,0433**	0,0420**
	Ecart types	-0,0172	-0,0191	-0,0189
Limitations auditives (N : 619) Réf : pas de limitations auditives	Effets marginaux	0,0231	0,0331	0,0335
	Ecart types	-0,0258	-0,0265	-0,0265

Lecture: Les personnes ayant déclaré au moins une limitation fonctionnelle cognitive ont une probabilité de recourir aux soins ophtalmologiques augmentée de 4 points au seuil de 10 % par rapport aux personnes sans limitations cognitives à autres limitations fonctionnelles, sexe, âge, maladies de l'œil et niveau socio-économique équivalents.

Source : HSM, calculs Irdes.

Tableau 21 Recours aux soins ophtalmologiques pour les personnes ayant déclaré des limitations fonctionnelles, avec niveau fin de détail sur les limitations cognitives

Tableau complet présenté en annexe électronique
www.irdes.fr/donnees/560-l-access-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.xls

		Modèle 1 (caractéristiques démographiques + besoins de soins)	Modèle 2 (modèle 1 + caractéristiques sociales)	Modèle 3 (modèle 2 + caractéristiques géographiques)
Recours aux soins ophtalmologiques (N = 14 247)				
Limitations motrices (N : 2346)	Effets marginaux	0,0002	0,0280*	0,0269
	Ecart types	-0,0143	-0,0165	-0,0164
Personnes ayant déclaré comme seule limitation cognitive « être impulsif ou agressif » (N : 335)	Effets marginaux	0,0580*	0,0910**	0,0899**
	Ecart types	-0,0339	-0,0355	-0,0350
Limitations cognitives sauf être « impulsif ou agressif seulement » (N : 1 128)	Effets marginaux	-0,0115	0,0154	0,0139
	Ecart types	-0,0168	-0,0194	-0,0193
Limitations auditives (N : 619)	Effets marginaux	0,0262	0,0359	0,0364
	Ecart types	-0,0261	-0,0267	-0,0268

Lecture : Les personnes déclarant comme seule limitation cognitive « être impulsif ou agressif » ont une probabilité de recourir à des soins ophtalmologiques augmentée de 5,8 points par rapport aux personnes sans limitations cognitives à sexe, âge, autres limitations et besoins de soins équivalents.

Source : HSM, calculs Irdes.

3.2.1.1. Résultats sur les variables explicatives autres que les marqueurs de handicap

Les variables démographiques (sexe, âge) sont liées à une variation de la probabilité de recourir aux soins ophtalmologiques. Ainsi, les femmes affichent une probabilité de recourir aux soins ophtalmologiques supérieure d'environ 12 points par rapport aux hommes. Les probabilités de recourir sont également supérieures pour les personnes âgées de plus de 45 ans par rapport aux personnes âgées de 35-39 ans (+ 7 points pour les 45-49 ans ; + 8 points pour les 50-54 ans ; + 9 points pour les 55-59 ans). Les personnes atteintes de diabète affichent des probabilités de recours supérieures, allant de 7 points dans le modèle 1 à 10 points dans le modèle 3 prenant en compte les variables sociales, ce qui est cohérent avec la recommandation qui leur préconise une visite ophtalmologique annuelle.

Au niveau des variables socio-économiques apparaissent des effets significatifs sur le revenu, le diplôme et la situation au regard de la complémentaire santé. Les personnes qui ont un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat ont une probabilité de recourir aux soins ophtalmologiques inférieure (- 4 points pour les CAP ; - 6 points pour les brevets ; - 6 points pour les certificats d'études ; - 9 points pour les personnes sans diplôme). De même, les personnes avec un revenu par unité de consommation inférieur à 861 € présentent une probabilité de recours inférieure de 5 points (référence : revenu moyen élevé entre 1 281 et 1 821 €). Enfin, la probabilité de recours est également liée à la variable géographique « département d'outre-mer ». Ainsi, la probabilité de recourir aux soins ophtalmologiques est inférieure de 4 points pour les personnes résidant dans les départements d'outre-mer par rapport aux personnes résidant en métropole (toutes choses égales par ailleurs).

3.2.1.2. Résultats pour la dimension des limitations fonctionnelles

Les résultats du premier modèle qui introduit les variables démographiques et de besoins de soins partiellement approchés par le diabète (**tableau 20** : modèle 1) ne mettent en évidence aucun différentiel de recours aux soins ophtalmologiques significatif entre les personnes avec et sans limitations fonctionnelles, ce qui contraste fortement avec le résultat obtenu sur les soins dentaires. Les coefficients des variables de limitations motrices, visuelles et auditives restent non significatifs après introduction des variables sociales dans le modèle 2.

Cependant, après introduction des variables sociales, les personnes qui ont déclaré des limitations cognitives affichent une probabilité de recours supérieure de 5 points par rapport aux personnes sans limitations cognitives. En cherchant à affiner ce résultat, il est apparu que ce recours augmenté était spécifique aux individus ayant uniquement déclaré « être souvent impulsif et agressif » parmi la population ayant déclaré au moins une limitation cognitive (**tableau 21**). L'impulsivité ou l'agressivité sont considérées comme des symptômes de certaines maladies mentales. Toutefois, dans un contexte d'enquête déclarative, cet indicateur peut aussi regrouper un groupe hétérogène d'individus pouvant ne pas relever de cette catégorie de difficultés mentales.

Enfin, le différentiel de recours aux soins ophtalmologiques n'est pas significativement différent pour les personnes en fauteuil roulant par rapport aux personnes sans limitations motrices, que ce soit avant ou après introduction des variables sociales (**tableau 20**). Ce résultat diffère singulièrement de ceux obtenus pour les autres soins pour lesquels les personnes en fauteuil roulant pâtissent toujours d'un recours nettement diminué par rapport aux personnes sans limitations motrices.

L'augmentation des scores de limitations fonctionnelles est associée à des probabilités de recours aux soins ophtalmologiques supérieures après prise en compte des variables sociales dans le modèle 2. Ainsi, à caractéristiques démographiques et sociales équivalentes,

Tableau 22 Recours aux soins ophtalmologiques en fonction du score de limitations fonctionnelles

Tableau complet présenté en annexe électronique
www.irdes.fr/donnees/560-l-acces-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.xls

		Modèle 1 (caractéristiques démographiques + besoins de soins)	Modèle 2 (modèle 1 + caractéristiques sociales)	Modèle 3 (modèle 2 + caractéristiques géographiques)
Recours aux soins ophtalmologiques (N = 14 247)				
Score de limitations motrices	Effets marginaux	0,0012	0,00812*	0,00767*
	Ecart types	-0,0045	-0,0046	-0,0046
Score de limitations cognitives	Effets marginaux	0,0032	0,0153**	0,0150**
	Ecart types	-0,0060	-0,0061	-0,0061
Limitations auditives (N : 619)	Effets marginaux	0,0235	0,0335	0,0339
	Ecart types	-0,0260	-0,0266	-0,0266

Lecture : A caractéristiques démographiques et sociales équivalentes, l'augmentation du score de limitation motrice d'un point est liée à une probabilité de recourir aux soins supérieure de 0,8 point.

Source : HSM, calculs Irdes.

Tableau 23 Recours aux soins ophtalmologiques en fonction de la reconnaissance administrative du handicap

Tableau complet présenté en annexe électronique
www.irdes.fr/donnees/560-l-acces-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.xls

		Modèle 1 (caractéristiques démographiques + besoins de soins)	Modèle 2 (modèle 1 + caractéristiques sociales)	Modèle 3 (modèle 2 + caractéristiques géographiques)
Recours aux soins ophtalmologiques (N = 14 247)				
Reconnaissance administrative (N : 2 356) Réf : pas de reconnaissance	Effets marginaux	0,0324**	0,0652***	0,0643***
	Ecart types	-0,0131	-0,0169	-0,0168

Lecture : Le recours aux soins ophtalmologiques est augmenté de 6,4 points pour les personnes ayant déclaré une reconnaissance de handicap par rapport aux personnes sans reconnaissance de handicap à sexe, âge, besoins de soins ophtalmologiques et niveau socio-économique égaux.

Source : HSM, calculs Irdes.

Tableau 24 Recours aux soins ophtalmologiques en fonction des types de reconnaissance administrative du handicap

Tableau complet présenté en annexe électronique
www.irdes.fr/donnees/560-l-acces-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.xls

		Modèle 1 (caractéristiques démographiques + besoins de soins)	Modèle 2 (modèle 1 + caractéristiques sociales)	Modèle 3 (modèle 2 + caractéristiques géographiques)
Recours aux soins ophtalmologiques (N = 14 247)				
Allocation aux adultes handicapés (AAH) (N : 587) Réf : pas de reconnaissance	Effets marginaux	-0,0436**	-0,0049	-0,0042
	Ecart types	-0,0178	-0,0232	-0,0231
Pension d'invalidité (N : 882) Réf : pas de reconnaissance	Effets marginaux	0,0812***	0,0908***	0,0887***
	Ecart types	-0,0271	-0,0280	-0,0278
Rente d'incapacité (N : 177) Réf : pas de reconnaissance	Effets marginaux	0,0016	0,0031	0,0068
	Ecart types	-0,0405	-0,0414	-0,0418
Autres reconnaissances administratives (N : 710) Réf : pas de reconnaissance	Effets marginaux	0,0630***	0,0776***	0,0759***
	Ecart types	-0,0227	-0,0252	-0,0251

Lecture : Les personnes percevant une Allocation aux adultes handicapés (AAH) ont une probabilité de recourir aux soins ophtalmologiques réduite d'environ 4,4 points par rapport aux personnes sans reconnaissance de handicap à sexe, âge, besoins de soins et à limitations équivalents.

Source : HSM, calculs Irdes.

l'augmentation du score de limitations motrices d'un point est liée à une probabilité de recourir aux soins supérieure de 0,8 point et l'augmentation du score de limitation cognitive à une probabilité de recours supérieure de 1,5 point.

3.2.1.3. Résultats pour la dimension de la reconnaissance du handicap

Dans le premier modèle introduisant les variables démographiques et de diabète (proxy du besoin de soins ophtalmologiques), les personnes ayant une reconnaissance administrative de handicap sont associées à une probabilité de recours augmentée de 3 points par rapport aux personnes sans reconnaissance administrative. Après l'introduction dans le modèle 2 des variables socio-économiques, ce différentiel de recours est deux fois plus important avec un recours supérieur de 7 points pour les personnes déclarant une reconnaissance administrative de handicap par rapport aux personnes n'en déclarant pas.

La variable de reconnaissance administrative associe des types de reconnaissance très différents, ce qui rend utile une analyse à un niveau plus fin. Les modèles détaillant les différents motifs montrent que cette augmentation de recours aux soins ophtalmologiques n'est pas vérifiée pour tous les types de reconnaissance administrative. En effet, la probabilité de recourir aux soins ophtalmologiques est inférieure de 4 points pour les personnes ayant déclaré percevoir l'AAH par rapport aux personnes sans reconnaissance de handicap à sexe, âge, proxy du besoin de soins (personnes diabétiques) et scores de limitations fonctionnelles équivalents. En opposition, les personnes ayant déclaré bénéficier d'une pension d'invalidité ont un recours supérieur de 8 points par rapport aux personnes sans reconnaissance de handicap à sexe, âge, proxy du besoin de soins (personnes diabétiques) et scores de limitations fonctionnelles équivalents. L'application d'un test de Wald nous a permis de rejeter l'hypothèse d'égalité de ces coefficients au seuil de 1 %. Ainsi, la probabilité de recourir aux soins ophtalmologiques pour les personnes percevant l'AAH est de 12 points inférieure à celle des personnes percevant une pension d'invalidité à sexe, âge, proxy du besoin de soins (personnes diabétiques) et score de limitations fonctionnelles équivalents.

L'introduction des variables sociales dans le modèle 2 produit également des effets contrastés pour ces deux types de reconnaissance de handicap. Pour les personnes percevant l'AAH, leur différentiel de recours n'est plus significatif à niveau socio-économique égal, ce qui confirme que l'écart de recours de cette population identifié dans le premier modèle est en partie lié à un niveau socio-économique plus faible. Pour les personnes percevant une pension d'invalidité, le coefficient augmente légèrement après introduction des variables sociales. Ainsi, à niveau social égal, le recours aux soins ophtalmologiques des personnes percevant une pension d'invalidité est de 9 points supérieur à celui des personnes sans reconnaissance de handicap. Cela peut être la conséquence de la prise en charge à 100 % des frais médicaux des personnes ayant une pension d'invalidité.

3.2.1.4. Résultats pour la dimension du croisement entre les limitations fonctionnelles et la reconnaissance du handicap

Les résultats sur le croisement entre les limitations fonctionnelles et la reconnaissance administrative de handicap concordent avec les résultats précédents. Ainsi, on retrouve ici un différentiel de recours aux soins positif pour les personnes en situation de handicap après introduction des variables sociales dans le modèle 2. La probabilité de recourir est supérieure de 8 points pour les personnes déclarant des limitations fonctionnelles et une reconnaissance de handicap, par rapport aux personnes sans limitations fonctionnelles ni reconnaissance de handicap (modèle 2). Pour les personnes déclarant des limitations fonctionnelles mais pas de reconnaissance de handicap, la probabilité augmente de 4 points par rapport aux personnes sans limitations ni reconnaissance (population de référence) à caractéristiques démographiques et sociales équivalentes. Enfin, la probabilité est augmentée de

Tableau 25 Recours aux soins ophtalmologiques en fonction du croisement entre les limitations fonctionnelles et la reconnaissance administrative

Tableau complet présenté en annexe électronique
www.irdes.fr/donnees/560-l-acces-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.xls

		Modèle 1 (caractéristiques démographiques + besoins)	Modèle 2 (modèle 1 + caractéristiques sociales)	Modèle 3 (modèle 2 + caractéristiques géographiques)
Recours aux soins ophtalmologiques (N = 14 247)				
Limitations fonctionnelles reconnues (N : 1 688)	Effets marginaux	0,0273*	0,0759***	0,0736***
	Ecart types	-0,0143	-0,0197	-0,0196
Limitations fonctionnelles non reconnues (N : 1 658)	Effets marginaux	0,0053	0,0378**	0,0372**
	Ecart types	-0,0151	-0,0168	-0,0167
Pas de limitations fonctionnelles mais reconnaissance (N : 668)	Effets marginaux	0,0431*	0,0699***	0,0708***
	Ecart types	-0,0242	-0,0269	-0,0268

Lecture : Ici, la référence est constituée par les personnes sans limitations fonctionnelles ni reconnaissance de handicap. Les personnes déclarant des limitations fonctionnelles et une reconnaissance de handicap présentent une probabilité de recours augmentée de 7,4 points par rapport à la population de référence à sexe, âge, besoins de soins et niveau social équivalents.

Source : HSM, calculs Irdes.

7 points pour les personnes n'ayant pas déclaré des limitations mais bénéficiant d'une reconnaissance de handicap, par rapport à cette même population de référence (modèle 2).

3.2.2. Etude de la dépense, des restes à charge et des dépassements d'honoraires liés aux soins ophtalmologiques

La base de soins ophtalmologiques comporte 2 654 personnes ayant eu des dépenses de soins ophtalmologiques strictement positives tandis que la base consacrée à la consommation de dispositifs d'optique en comprend 2 214, toutes ayant présenté également des données de consommation strictement positives.

Pour l'analyse de la consommation de soins ophtalmologiques, chaque modèle est contrôlé par les variables démographiques (sexe, âge), par le besoin de soins ophtalmologiques approché par le diabète, par le niveau socio-économique de la personne (revenu, diplôme, complémentaire santé) et par le zonage en aire urbaine. De plus, les modèles analysant la dépense, le reste à charge et les dépassements d'honoraires sont contrôlés par le nombre de séances pour les analyses de consommation de soins ophtalmologiques. En revanche, pour la base sur la consommation d'optique, les dépenses, les restes à charge ainsi que les dépassements d'honoraires ne peuvent être contrôlés par le nombre de lunettes achetées car cette information est indisponible.

3.2.2.1. Résultats sur les variables autres que les marqueurs de handicap pour l'analyse de la consommation de soins ophtalmologiques

Les femmes présentent un nombre de séances en ophtalmologie supérieur d'environ 4 % par rapport aux hommes. Pourtant, pour un nombre de séances équivalent, les niveaux de dépenses, de restes à charge ou de dépassements d'honoraires en soins ophtalmologiques des hommes ne se distinguent pas significativement de ceux des femmes. L'âge semble exercer une influence à la fois sur la dépense, sur le reste à charge ainsi que sur les dépassements d'honoraires en soins ophtalmologiques, et plus particulièrement pour les personnes les plus âgées de l'échantillon (56-59 ans). Pour les personnes qui s'inscrivent dans cette tranche d'âge, le nombre de séances est accru de 6 % par rapport aux personnes âgées de 36 à 40

ans, la dépense par séance est en revanche inférieure de 18 %, tandis que les dépassements d'honoraires sont également réduits (-31 %).

Le diabète permettant de prendre en compte une partie du besoin de soin est associé à un nombre de séances supérieur de 13 %, des dépenses (à nombre de séance équivalents) supérieures de l'ordre de 18 % mais à des restes à charge à nombre de séances équivalent en revanche inférieurs de 7 % ainsi que des dépassements d'honoraires réduits de 30 %.

La situation au regard de la couverture complémentaire exerce également une influence sur la consommation de soins ophtalmologiques. Ainsi, les bénéficiaires de la CMU-C affichent un reste à charge et des dépassements d'honoraires inférieurs de respectivement 20 % et 53 % par rapport aux personnes déclarant une complémentaire santé sans exonération du ticket modérateur (modalité de référence). Les personnes déclarant une complémentaire et une exonération du ticket modérateur affichent quant à elles des restes à charge inférieurs de 39 % par rapport à la modalité de référence. Les personnes sans complémentaire santé mais déclarant bénéficier d'une exonération du ticket modérateur ont une dépense supérieure de 11 %, un reste à charge inférieur de 38 % par rapport à la population de référence. Enfin, les personnes sans couverture complémentaire ni exonération de leur ticket modérateur ont un nombre de séances inférieur de 7 %, une dépense à nombre de séances donné inférieure de 6 % également, et un reste à charge inférieur de 12 % par rapport à la population de référence.

Les autres variables socio-économiques révèlent peu d'écarts significatifs de consommations de soins ophtalmologiques sauf pour les personnes dont le revenu est inférieur à 861 €, qui ont un nombre de séances supérieur de 5 % par rapport aux personnes qui déclarent un revenu moyen élevé (entre 1 281 et 1 821 €).

Enfin, la commune de résidence semble également être associée à la consommation de soins ophtalmologiques. La population de référence pour le zonage en aire urbaine est constituée par le groupe des personnes résidant dans des pôles urbains. Ainsi, les personnes résidant dans des communes monopolarisées présentent des dépassements d'honoraires inférieurs de 20 % par rapport à la population de référence. Les personnes résidant dans des communes multipolarisées affichent un nombre de séances inférieur de 6 % et un reste à charge moins important de 17 %, à nombre de séances égal, par rapport à la population de référence. Les personnes résidant dans des communes de l'espace rural affichent quant à elles des dépassements d'honoraires inférieurs de 13 % par rapport aux personnes résidant dans des pôles urbains. Enfin, la variable correspondant aux départements d'outre-mer apparaît également significative. En effet, les dépenses et les restes à charge sont supérieurs de respectivement 13 % et 24 %, à nombre de séances égal, pour les personnes résidant dans les départements d'outre-mer par rapport aux Métropolitains, ce qui ne se vérifie en revanche pas sur les dépassements d'honoraires (au contraire inférieurs de 55 %).

3.2.2.2. Résultats sur les variables explicatives autres que les marqueurs de handicap pour l'analyse de la consommation d'optique

Les hommes encourent une dépense et un reste à charge (sans dépassements d'honoraires) inférieur de 7 % par rapport aux femmes. En revanche, les dépassements d'honoraires ne sont pas significativement différents selon le genre du patient. Il apparaît un lien important entre l'âge et l'achat de lunettes après 45 ans. En effet, après 45 ans, les dépenses, les restes à charge et les dépassements d'honoraires d'optique augmentent de façon croissante avec l'âge par rapport aux personnes âgées de 36 à 40 ans (population de référence) pour atteindre un maximum avec la dernière tranche d'âge (56-59 ans) pour laquelle les dépenses sont supérieures de 58 % et les restes à charge de 69 % par rapport à ceux des personnes qui s'inscrivent dans la tranche de référence. Le fait d'avoir déclaré être diabétique n'entraîne

Tableau 26 Consommation de soins ophtalmologiques en fonction du score de limitations fonctionnelles

Tableau complet présenté en annexe électronique
www.irdes.fr/donnees/560-l-acces-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.xls

		Logarithme du nombre de séances	Logarithme de la dépense	Logarithme du reste à charge	Logarithme du dépassement d'honoraires
Score de limitations motrices	Effets marginaux	0,0107	-0,0081	-0,0752***	0,0303
	Ecarts types	-0,0098	-0,0058	-0,0223	-0,0390
Score de limitations cognitives	Effets marginaux	0,0097	-0,0031	-0,0752***	-0,111*
	Ecarts types	-0,0143	-0,0097	-0,0256	-0,0577
Limitations auditives	Effets marginaux	-0,0397	0,0247	0,0068	0,0130
	Ecarts types	-0,0335	-0,0350	-0,0656	-0,2180

Lecture : Le logarithme du reste à charge (sans les dépassements d'honoraires) est réduit de 7,5 % avec l'augmentation du score de limitations motrices d'un point à nombre de séances, sexe, âge, besoins de soins, niveau socio-économique et situation géographique équivalents.

Source : HSM, calculs Irdes.

Tableau 27 Consommation d'optique en fonction du score de limitations fonctionnelles

Tableau complet présenté en annexe électronique
www.irdes.fr/donnees/560-l-acces-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.xls

		Logarithme de la dépense ¹	Logarithme du reste à charge ¹	Logarithme du dépassement d'honoraires
Score de limitations motrices	Effets marginaux	-0,0081	-0,0794***	-0,0462
	Ecarts types	-0,0164	-0,0189	-0,0293
Score de limitations cognitives	Effets marginaux	-0,0130	-0,0414	-0,0046
	Ecarts types	-0,0200	-0,0336	-0,0335
Limitations auditives	Effets marginaux	0,0315	0,0163	-0,0644
	Ecarts types	-0,0771	-0,0822	-0,1800

¹ Sans les dépassements d'honoraires.

Lecture : Le logarithme du reste à charge (sans les dépassements d'honoraires) est réduit de 7,5 % avec l'augmentation du score de limitations motrices d'un point à nombre de séances, sexe, âge, besoins de soins, niveau socio-économique et situation géographique équivalents.

Source : HSM, calculs Irdes.

Tableau 28 Consommation de soins ophtalmologiques en fonction de la reconnaissance administrative

Tableau complet présenté en annexe électronique
www.irdes.fr/donnees/560-l-acces-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.xls

		Logarithme du nombre de séances	Logarithme de la dépense ¹	Logarithme du reste à charge ¹	Logarithme du dépassement d'honoraires ²
Reconnaissance administrative	Effets marginaux	0,0394	-0,0193	-0,5250***	0,0415
	Ecarts types	-0,0313	-0,0187	-0,0582	-0,1220

¹ Sans les dépassements d'honoraires et contrôlé par le nombre de séances.

² Contrôlé par le nombre de séances.

Lecture : Le logarithme du reste à charge (sans les dépassements d'honoraires) est réduit de 53 % pour les personnes bénéficiant d'une reconnaissance administrative de handicap par rapport aux personnes sans reconnaissance administrative de handicap à nombre de séance, sexe, âge, besoins de soins, niveau socio-économique et situation géographique équivalents.

Source : HSM, calculs Irdes.

Tableau 29 Consommation d'optique en fonction de la reconnaissance administrative

Tableau complet présenté en annexe électronique
www.irdes.fr/donnees/560-l-acces-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.xls

		Logarithme de la dépense ¹	Logarithme du reste à charge ¹	Logarithme du dépassement d'honoraires
Reconnaissance administrative	Effets marginaux	0,0066	-0,4540***	0,0415
	Ecarts types	-0,0477	-0,0699	-0,0714

¹ Sans les dépassements d'honoraires.

Lecture : Le logarithme du reste à charge (sans les dépassements d'honoraires) est réduit de 50 % pour les personnes bénéficiant d'une reconnaissance administrative de handicap par rapport aux personnes sans reconnaissance administrative de handicap à nombre de séances, sexe, âge, besoins de soins, niveau socio-économique et situation géographique équivalents.

Source : HSM, calculs Irdes.

pas de conséquences significatives sur les dépenses, les restes à charge et les dépassements d'honoraires relatifs à l'achat de lunettes.

Il ressort deux effets principaux de la situation au regard de la couverture complémentaire santé sur la consommation d'optique. Les bénéficiaires de la CMU-C affichent des dépassements d'honoraires inférieurs de 8 % par rapport aux personnes avec une complémentaire santé sans exonération du ticket modérateur (situation de référence), tandis que les personnes avec une complémentaire ainsi qu'une exonération de ticket modérateur ont des restes à charge moins élevés de 20 % par rapport à la population de référence.

S'agissant des autres variables socio-économiques, les personnes en couple affichent des restes à charge inférieurs de 8 % par rapport aux personnes célibataires. Les personnes ayant un diplôme supérieur au baccalauréat présentent des dépassements d'honoraires supérieurs de 21 % par rapport aux personnes ayant seulement le baccalauréat. De plus, les personnes avec un revenu inférieur à 861 € affichent des dépassements d'honoraires inférieurs de 19 % par rapport aux personnes percevant un revenu situé entre 1 281 et 2 821 €.

Enfin, les variables géographiques pèsent de façon significative sur la consommation de lunettes et sur les restes à charge. En effet, les personnes résidant dans des communes multipolarisées affichent des restes à charge inférieurs de 19 % par rapport aux personnes résidant dans des pôles urbains (population de référence). Les personnes résidant dans la couronne d'un pôle d'emploi de l'espace rural présentent un reste à charge supérieur d'environ 27 % par rapport aux personnes résidant dans des pôles urbains. De même, les personnes résidant dans d'autres communes de l'espace à dominante rurale ont un reste à charge inférieur de 8 % par rapport aux personnes résidant dans des pôles urbains. Enfin, les personnes résidant dans des départements d'outre-mer affichent une dépense d'optique et un reste à charge d'optique supérieur de respectivement 42 % et 54 % par rapport aux personnes résidant en métropole.

3.2.2.3. Résultats sur les limitations fonctionnelles

Que ce soit au niveau de la consommation de soins ophtalmologiques ou de la consommation de dispositifs d'optique, aucun de nos indicateurs de limitations fonctionnelles ne produit d'effet significatif sur les dépenses. Il n'en va pas de même pour le reste à charge qui peut être influencé par l'existence de ces limitations. Ainsi, l'augmentation du score de limitations fonctionnelles motrices est associée à un reste à charge de soins ophtalmologiques ou d'optique inférieur de 8 % (toutes choses égales par ailleurs). De même, l'augmentation d'un point du score de limitations cognitives est liée à un reste à charge de soins ophtalmologiques inférieur de 8 % et des dépassements d'honoraires inférieurs de 11 % ; cependant, aucun effet significatif n'est constaté sur le reste à charge en optique.

3.2.2.4. Résultats sur la reconnaissance administrative

Les modèles des **tableaux 28 et 29** mettent en évidence des restes à charge inférieurs d'environ 53 % pour les personnes déclarant bénéficier d'une reconnaissance administrative de handicap pour les soins ophtalmologiques et de 45 % pour les achats de lunettes par rapport aux personnes sans reconnaissance administrative de handicap (toutes choses égales par ailleurs).

Le **tableau 30** montre que, pour un nombre de limitations donné, certains types de reconnaissance administrative de handicap peuvent influencer différemment sur le reste à charge et les dépassements d'honoraires supportés par les assurés. Ainsi, le différentiel de restes à charge de soins ophtalmologiques des personnes bénéficiant de l'AAH par rapport à la population sans reconnaissance administrative est beaucoup moins important que celui

Tableau 30 Consommation de soins ophtalmologiques en fonction du type de reconnaissance administrative

Tableau complet présenté en annexe électronique
www.irdes.fr/donnees/560-l-access-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.xls

		Logarithme du nombre de séances	Logarithme de la dépense ¹	Logarithme du reste à charge ¹	Logarithme du dépassement d'honoraires ²
Allocation aux adultes handicapés (AAH) (N : 119)	Effets marginaux	0,0394	0,0407	-0,3020***	-0,1010
	Ecart types	-0,0545	-0,0398	-0,1090	-0,1800
Pension d'invalidité (N : 255)	Effets marginaux	0,0287	0,0072	-1,092***	-0,0529
	Ecart types	-0,0406	-0,0285	-0,0950	-0,1620
Rente d'incapacité (N : 45)	Effets marginaux	0,0577	-0,0305	0,0706	0,0778
	Ecart types	-0,1120	-0,0549	-0,0976	-0,4240
Autres reconnaissances administratives (N : 194)	Effets marginaux	0,0193	-0,0556**	-0,1740**	0,326*
	Ecart types	-0,0460	-0,0221	-0,0743	-0,1880
Score de limitations motrices	Effets marginaux	0,0081	-0,0068	-0,0319*	0,0216
	Ecart types	-0,0097	-0,0060	-0,0181	-0,0412
Score de limitations cognitives	Effets marginaux	0,0070	-0,0024	-0,0408*	-0,119**
	Ecart types	-0,0149	-0,0097	-0,0232	-0,0569
Limitations auditives (N : 169)	Effets marginaux	-0,0402	0,0271	-0,0025	-0,0008
	Ecart types	-0,0337	-0,0351	-0,0623	-0,2190

¹ Sans les dépassements d'honoraires et contrôlé par le nombre de séances.

² Contrôlé par le nombre de séances.

Lecture : Le logarithme du reste à charge (sans les dépassements d'honoraires) est réduit de 110 % pour les personnes bénéficiant d'une pension d'invalidité par rapport aux personnes sans reconnaissance administrative de handicap à nombre de séances, scores de limitations fonctionnelles, sexe, âge, besoins de soins, niveau socio-économique et situation géographique équivalents.

Source : HSM, calculs Irdes.

Tableau 31 Consommation d'optique en fonction du type de reconnaissance administrative

Tableau complet présenté en annexe électronique
www.irdes.fr/donnees/560-l-access-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.xls

		Logarithme de la dépense ¹	Logarithme du reste à charge ¹	Logarithme du dépassement d'honoraires
Allocation aux adultes handicapés (AAH) (N : 105)	Effets marginaux	0,0109	-0,0232	-0,1320
	Ecart types	-0,0683	-0,1020	-0,1090
Pension d'invalidité (N : 220)	Effets marginaux	0,0458	-0,9340***	0,1610*
	Ecart types	-0,0720	-0,1150	-0,0929
Rente d'incapacité (N : 36)	Effets marginaux	0,1180	0,0411	0,4080***
	Ecart types	-0,1410	-0,1760	-0,1570
Autres reconnaissances administratives (N : 176)	Effets marginaux	-0,0394	-0,1890*	0,0462
	Ecart types	-0,0810	-0,1050	-0,1170
Score de limitations motrices	Effets marginaux	-0,0094	-0,0393**	-0,0553*
	Ecart types	-0,0176	-0,0177	-0,0323
Score de limitations cognitives	Effets marginaux	-0,0134	-0,0182	-0,0065
	Ecart types	-0,0201	-0,0266	-0,0333
Limitations auditives (N : 170)	Effets marginaux	0,0334	0,0273	-0,0620
	Ecart types	-0,0772	-0,0843	-0,1800

¹ Sans les dépassements d'honoraires.

Lecture : Le logarithme du reste à charge (sans les dépassements d'honoraires) est réduit de 96 % pour les personnes bénéficiant d'une pension d'invalidité par rapport aux personnes sans reconnaissance administrative de handicap à nombre de séances, score de limitations fonctionnelles, sexe, âge, besoins de soins, niveau socio-économique et situation géographique équivalents.

Source : HSM, calculs Irdes.

des personnes bénéficiant de la pension d'invalidité par rapport à la même population de référence. En effet, les restes à charge à nombre équivalent de séances sont inférieurs de 30 % pour les personnes percevant l'AAH par rapport à ceux des personnes sans reconnaissance administrative de handicap, tandis qu'ils sont inférieurs de 110 % pour les bénéficiaires de la pension d'invalidité. De même, au niveau des restes à charge d'optique, aucune différence significative n'est constatée pour les personnes percevant l'AAH, alors que le reste à charge est réduit de 93 % pour les personnes percevant une pension d'invalidité, toujours par rapport aux personnes sans reconnaissance administrative de handicap. De plus, les bénéficiaires d'une pension d'invalidité tout comme les bénéficiaires d'une rente d'incapacité encourent des dépassements d'honoraires supérieurs de 41 % par rapport aux personnes sans reconnaissance de handicap.

3.2.2.5. Résultats sur le croisement entre les limitations fonctionnelles et la reconnaissance administrative de handicap

La dernière dimension impliquant le croisement des limitations fonctionnelles et de la reconnaissance administrative confirme que le reste à charge supporté par les personnes déclarant une reconnaissance administrative est inférieur à celui des personnes qui n'en ont pas. En effet, les personnes ayant déclaré des limitations fonctionnelles ainsi qu'une reconnaissance de handicap présentent des restes à charge de soins ophtalmologiques inférieurs de 60 % et des restes à charge d'optique inférieurs de 47 % par rapport aux personnes sans limitations ni reconnaissance. Pour les personnes déclarant une reconnaissance de handicap mais pas de limitations fonctionnelles, leurs dépenses liées aux soins ophtalmologiques sont inférieures de 5 %, tandis que leurs restes à charge sont inférieurs de 45 % par rapport aux personnes sans limitations ni reconnaissance (population de référence). Les personnes qui déclarent une reconnaissance de handicap mais pas de limitations présentent également des restes à charge d'optique inférieurs de 43 % par rapport à cette même population de référence. Cet effet sur le reste à charge n'est pas observé pour les personnes déclarant des limitations mais pas de reconnaissance de handicap alors que leur dépense de soins ophtalmologiques à nombre de séance équivalent est inférieure de 42 % par rapport à la population de référence et que leurs dépassements d'honoraires en optique sont inférieurs de 21 %.

3.2.2.6. Conclusion sur les soins ophtalmologiques

Parmi l'ensemble des soins étudiés, les soins ophtalmologiques se distinguent dès que l'on considère les statistiques descriptives qui font état d'une moyenne de recours des personnes en situation de handicap supérieure à celles des personnes sans handicap, et ce pour l'ensemble des indicateurs de handicap utilisés. Après contrôle des caractéristiques démographiques ainsi qu'une prise en compte partielle du besoin de soins par le biais d'une variable permettant d'identifier la population diabétique, seul l'indicateur de reconnaissance administrative de handicap est associé à une augmentation significative de la probabilité de recourir aux soins ophtalmologiques de l'ordre de 3 points. Cependant, cet effet général de 3 points masque des disparités de recours en fonction des types de reconnaissance administrative. Ainsi, les personnes bénéficiant de l'AAH affichent une probabilité de recours inférieure de 4 points par rapport aux personnes sans reconnaissance administrative (population de référence) tandis que les personnes percevant une pension d'invalidité présentent une probabilité de recours supérieure de 8 points par rapport à cette même référence. Ces différentiels de recours peuvent être mis en relation avec les règles différenciées de prise en charge du ticket modérateur selon les motifs de reconnaissance (aucune exonération du ticket modérateur dans le cas de l'AAH et au contraire exonération du ticket modérateur pour la pension d'invalidité). L'introduction des variables sociales dans les modèles logistiques conduit à une augmentation de ces différentiels de recours. Ainsi, le différentiel de recours observé pour la reconnaissance administrative passe de 3 points à 7 points et il apparaît également une association significative entre le recours aux soins ophtalmologiques et les scores

Tableau 32 Consommation de soins ophtalmologiques en fonction du croisement entre les limitations fonctionnelles et la reconnaissance administrative

Tableau complet présenté en annexe électronique
www.irdes.fr/donnees/560-l-acces-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.xls

		Logarithme du nombre de séances	Logarithme de la dépense ¹	Logarithme du reste à charge ¹	Logarithme du dépassement d'honoraires ²
Limitations fonctionnelles reconnues (N : 416)	Effets marginaux	0,0682*	-0,0044	-0,5970***	-0,0658
	Ecart types	-0,0404	-0,0227	-0,0727	-0,1310
Limitations fonctionnelles non reconnues (N : 432)	Effets marginaux	0,0470	-0,0419**	-0,0340	-0,0216
	Ecart types	-0,0289	-0,0182	-0,0349	-0,1270
Pas de limitations fonctionnelles mais reconnaissance (N : 197)	Effets marginaux	0,0234	-0,0534**	-0,4530***	0,1610
	Ecart types	-0,0417	-0,0257	-0,0820	-0,1900

¹ Sans les dépassements d'honoraires et contrôlé par le nombre de séances.

² Contrôlé par le nombre de séances.

Lecture : Le logarithme du reste à charge (sans les dépassements d'honoraires) est réduit de 61,5 % pour les personnes déclarant des limitations fonctionnelles et une reconnaissance de handicap par rapport aux personnes sans limitations fonctionnelles ni reconnaissance administrative de handicap à nombre de séances, sexe, âge, besoins de soins, niveau socio-économique et situation géographique équivalents.

Source : HSM, calculs Irdes.

Tableau 33 Consommation d'optique en fonction du croisement entre les limitations fonctionnelles et la reconnaissance administrative

Tableau complet présenté en annexe électronique
www.irdes.fr/donnees/560-l-acces-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.xls

		Logarithme de la dépense ¹	Logarithme du reste à charge ¹	Logarithme du dépassement d'honoraires
Limitations fonctionnelles reconnues (N : 377)	Effets marginaux	0,0255	-0,4690***	0,0019
	Ecart types	-0,6370	-0,0865	-0,0847
Limitations fonctionnelles non reconnues (N : 392)	Effets marginaux	-0,0390	-0,0050	-0,2070**
	Ecart types	-0,4370	-0,0527	-0,1040
Pas de limitations fonctionnelles mais reconnaissance (N : 160)	Effets marginaux	-0,0394	-0,4340***	-0,0036
	Ecart types	-0,5950	-0,1030	-0,0965

¹ Sans les dépassements d'honoraires.

Lecture : Le logarithme de la dépense (sans les dépassements d'honoraires) est réduit de 54,8 % pour les personnes déclarant des limitations fonctionnelles et une reconnaissance de handicap par rapport aux personnes sans limitations fonctionnelles ni reconnaissance administrative de handicap à nombre de séances, sexe, âge, besoins de soins, niveau socio-économique et situation géographique équivalents.

Source : HSM, calculs Irdes.

de limitations fonctionnelles. En effet, à caractéristiques démographiques et sociales équivalentes, l'augmentation du score de limitations fonctionnelles motrices d'un point est associée à une augmentation de la probabilité de recourir de 0.8 point tandis que l'augmentation du score de limitations fonctionnelles cognitives conduit à une augmentation de la probabilité d'un point. Ainsi, il semblerait que ces différentiels de recours positifs touchent plus particulièrement les personnes déclarant un nombre important de limitations fonctionnelles.

Ces résultats indiquent donc des recours aux soins ophtalmologiques supérieurs associés principalement soit aux personnes bénéficiant d'une reconnaissance administrative de handicap, soit aux personnes qui déclarent des limitations fonctionnelles importantes après prise en compte de leur niveau social. Or, comme vu plus haut, des études ont montré que les personnes en situation de handicap se caractérisent par un besoin de soins ophtalmologiques accru. La prise en compte des besoins de soins n'étant que parcellaire dans cette étude, il semble donc raisonnable d'émettre l'hypothèse d'un recours aux soins supérieur de ces personnes consécutif à un besoin de soins plus important.

Une fois que les personnes ont recouru à des soins ophtalmologiques, le nombre de séances ou la dépense (à nombre de séances donné), qu'elle soit liée aux soins ophtalmologiques ou à l'acquisition des dispositifs d'optique, apparaissent faiblement associés aux indicateurs de handicap (toutes choses égales par ailleurs). En effet, seuls les indicateurs croisant la reconnaissance administrative et les limitations fonctionnelles présentent des liaisons significatives avec le nombre de séances et la dépense relative aux soins ophtalmologiques. En revanche, des corrélations statistiques sont constatées entre les restes à charge de consommation ophtalmologique et des indicateurs de handicap (limitations motrices, limitations cognitives, reconnaissance administrative de handicap), de même que des corrélations sont mises en évidence entre les restes à charge liés à l'acquisition des dispositifs d'optique et des indicateurs de handicap (limitations motrices et reconnaissance administrative de handicap). En ce qui concerne la reconnaissance administrative, il apparaît de nouveau une différenciation entre les bénéficiaires de l'AAH et les personnes titulaires d'une pension d'invalidité, ces derniers se distinguant par des restes à charge ophtalmologiques et optiques beaucoup plus réduits que ceux supportés par les bénéficiaires de l'AAH. La situation apparaît donc assez inéquitable selon les motifs de reconnaissance administrative de handicap entre des bénéficiaires de l'AAH, qui cumulent déjà les caractéristiques sociales les moins favorables et qui doivent de surcroît supporter leur ticket modérateur (sauf à être admis en ALD ou à la CMU-C), et des bénéficiaires de pensions d'invalidité, qui bénéficient de la prise en charge de leur ticket modérateur alors qu'ils sont souvent dans une situation sociale moins défavorable, ainsi que l'attestent leurs dépassements d'honoraires plus élevés.

3.3. Les soins gynécologiques

3.3.1. Le recours aux soins gynécologiques

Pour les femmes en situation de handicap, la prévention des infections sexuellement transmissibles, le droit à une vie affective et sexuelle, le droit à la maternité et à la contraception justifient l'attention portée à l'accès aux soins gynécologiques (APHP, 2003 ; Jacob, 2013 ; Piotrowski et Snell, 2007). Les obstacles à l'accès aux soins gynécologiques pour ces femmes, tels que pointés en 2003, étaient nombreux : difficultés d'accessibilité aux structures, difficultés d'accès à certains examens en raison du matériel non adapté (APHP, 2003). Dix ans après la publication de ce rapport de l'APHP, le constat sur les difficultés rencontrées par les femmes en situation de handicap pourrait être dressé quasiment à l'identique. L'une des préconisations du rapport Jacob (2013) a d'ailleurs pour objet de « systématiser un suivi préventif en gynécologie et obstétrique pour les femmes en situation de handicap

Tableau 34 Comparaison de moyennes de recours aux soins gynécologiques en fonction des indicateurs de handicap

		Effectifs bruts	Moyenne de recours	Test du chi2		Ecart de moyennes de recours des personnes handicapées vs non handicapées	
				Valeur	Probabilité		
Limitations motrices	Sans	5 720	0,5059	12,03	<0,0001	-0,1547	
	Au moins une	1 874	0,3512				
Limitations cognitives	Sans	6 411	0,5014	7,44	<0,0001	-0,1152	
	Au moins une	1 183	0,3862				
Limitations visuelles	Sans	7 187	0,4970	5,28	<0,0001	-0,1301	
	Au moins une	407	0,3669				
Limitations auditives	Sans	7 146	0,4951	1,32	0,1889	-0,032	
	Au moins une	448	0,4631				
Reconnaissance administrative	Sans reconnaissance	6 054	0,5004	8,94	<0,0001	-0,1244	
	Avec reconnaissance	1 540	0,376				
Croisement	Limitations + reconnaissance	Non	6 379	0,4996	10,60	<0,0001	-0,1588
		Oui	1 215	0,3408			
	Limitations + pas de reconnaissance	Non	6 056	0,5061	7,61	<0,0001	-0,1069
		Oui	1 538	0,3992			
	Pas de limitations + reconnaissance	Non	7 269	0,4951	1,57	0,1171	-0,0444
		Oui	325	0,4507			
	Pas de limitations + pas de reconnaissance	Non	3 078	0,3921	-10,54	<0,0001	0,1215
		Oui	4 516	0,5136			

Lecture : La moyenne de recours des 1 874 femmes ayant déclaré au moins une limitation motrice est de 0,35, soit 15 points inférieure à la moyenne de recours des femmes sans limitations motrices (résultat significatif au seuil de 1 %).

Champ : HSM, calculs Irdes.

Tableau 35 Recours aux soins gynécologiques pour les femmes ayant déclaré des limitations fonctionnelles

		Modèle 1 (caractéristiques démographiques + besoins de soins)	Modèle 2 (modèle 1 + caractéristiques sociales)	Modèle 3 (modèle 2 + caractéristiques géographiques)
Recours aux soins gynécologiques (N = 7 594)				
Fauteuil roulant (N : 126) Réf : pas de limitations motrices	Effets marginaux	-0,1900***	-0,1740***	-0,1680***
	Ecart types	-0,0614	-0,0608	-0,0630
Limitations motrices mais pas en fauteuil roulant (N : 1 750) Réf : pas de limitations motrices	Effets marginaux	-0,1240***	-0,0726**	-0,0778***
	Ecart types	-0,0264	-0,0301	-0,0298
Limitations cognitives (N : 1 183) Réf : pas de limitations cognitives	Effets marginaux	-0,0907***	-0,0386	-0,0422
	Ecart types	-0,0314	-0,0333	-0,0330
Limitations visuelles (N : 407) Réf : pas de limitations cognitives	Effets marginaux	-0,0791	-0,0726	-0,0878
	Ecart types	-0,0577	-0,0604	-0,0584
Limitations auditives (N : 448) Réf : pas de limitations auditives	Effets marginaux	0,0379	0,0521	0,0509
	Ecart types	-0,0472	-0,0500	-0,0496

Lecture : Les femmes ayant déclaré au moins une limitation fonctionnelle motrice sans toutefois être dans un fauteuil roulant ont une probabilité de recourir à un gynécologue réduite de 12,4 points par rapport aux femmes n'ayant pas déclaré de limitations fonctionnelles motrices à autres catégories de limitations fonctionnelles, âge et besoins de soins gynécologiques égaux.

Source : HSM, calculs Irdes.

et des actions de prévention des infections sexuellement transmissibles notamment dans les institutions », ce qui tend à montrer que peu de progrès ont été réalisés jusqu'ici.

L'analyse des soins gynécologiques a été effectuée sur la population des femmes âgées de 20 à 59 ans ayant répondu à la question : « Au cours de ces douze derniers mois, êtes-vous allée pour vous-même chez un gynécologue ? ». Après suppression des valeurs manquantes (reconnaissance administrative, complémentaire...), la population d'étude est composée de 7 594 femmes.

La probabilité de recourir aux soins gynécologiques dans les douze derniers mois est de 0,49, soit une femme sur deux. Lorsqu'on les compare aux autres femmes, celles qui sont en situation de handicap présentent des moyennes de recours aux soins gynécologiques inférieures quel que soit l'indicateur de handicap utilisé, à l'exception toutefois des femmes ayant des limitations auditives et des femmes ayant déclaré une reconnaissance administrative de handicap mais pas de limitations. Ces écarts de recours vont de -10 points pour les femmes déclarant des limitations sans reconnaissance administrative à -15 points pour les femmes déclarant des limitations motrices.

3.3.1.1. Résultats sur les variables explicatives autres que les marqueurs de handicap

Les femmes âgées de plus de 50 ans présentent une probabilité inférieure de recourir aux soins gynécologiques comparées aux femmes âgées de 36-40 ans. La variable approximant le besoin de soins gynécologiques produit l'effet escompté dans la mesure où elle augmente de 19 points la probabilité pour ces femmes de recourir aux soins.

Au niveau des variables socio-économiques, la probabilité de recours est supérieure pour les femmes en couple (+10 points par rapport aux femmes célibataires) et celles qui ont effectué des études supérieures (+8 points par rapport aux diplômées du baccalauréat) mais inférieure pour les femmes sans diplôme (-12 points par rapport aux femmes bachelières) et les femmes disposant d'un revenu faible (-7 points par rapport aux femmes disposant d'un revenu moyen élevé, entre 1 281 et 1 821 €).

La commune de résidence des femmes est également associée à une variation de la probabilité de recourir aux soins gynécologiques. Il apparaît en effet que les femmes résidant en ville présentent une probabilité de recours supérieure par rapport aux femmes localisées dans des communes moins urbaines. Ainsi, en prenant pour référence les communes des pôles urbains, on constate que le recours des femmes dans les communes monopolarisées est inférieur d'environ 5 points et celui des femmes des communes à dominante rurale est inférieur d'environ 6 points. Enfin, les femmes résidant à Lyon, Marseille et Paris ont quant à elles un recours supérieur de 9 points (*réf.* : autres pôles urbains). De plus, un recours inférieur de 9 points est associé aux femmes résidant dans des départements d'outre-mer par rapport aux femmes résidant en métropole.

3.3.1.2. Résultats pour la dimension des limitations fonctionnelles

Dans le modèle 1 introduisant les variables démographiques ainsi que le proxy du besoin de soins, les femmes déclarant avoir au moins une limitation fonctionnelle motrice sans être en fauteuil roulant affichent une probabilité de recourir aux soins gynécologiques inférieure d'un peu moins de 12 points par rapport aux femmes sans limitations motrices. Ce différentiel est encore accentué pour les femmes en fauteuil roulant (-19 points par rapport aux femmes sans limitations fonctionnelles motrices). Enfin, les femmes déclarant au moins une limitation cognitive affichent quant à elles une probabilité de recourir aux soins gynécologiques inférieure de 9 points par rapport aux femmes sans limitations cognitives.

Tableau 36 Recours aux soins gynécologiques en fonction du score de limitations fonctionnelles

Tableau complet présenté en annexe électronique
www.irdes.fr/donnees/560-l-access-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.xls

		Modèle 1 (caractéristiques démographiques + besoins de soins)	Modèle 2 (modèle 1 + caractéristiques sociales)	Modèle 3 (modèle 2 + caractéristiques géographiques)
Recours aux soins gynécologiques (N = 7 594)				
Score de limitations motrices	Effets marginaux	-0,0398***	-0,0220**	-0,0237**
	Ecart types	-0,0104	-0,0109	-0,0108
Score de limitations cognitives	Effets marginaux	-0,0400***	-0,0114	-0,0123
	Ecart types	-0,0148	-0,0149	-0,0150
Limitations visuelles (N : 407)	Effets marginaux	-0,0762	-0,0729	-0,0879
	Ecart types	-0,0586	-0,0610	-0,0591
Limitations auditives (N : 448)	Effets marginaux	0,0359	0,0485	0,0472
	Ecart types	-0,0475	-0,0504	-0,0500

Lecture : L'augmentation du score de limitations motrices réduit la probabilité de recourir à des soins gynécologiques d'environ 4 points par rapport aux autres catégories de limitations fonctionnelles, âge et besoins de soins gynécologiques équivalents.

Source : HSM, calculs Irdes.

Tableau 37 Recours aux soins gynécologiques en fonction de la reconnaissance administrative du handicap

Tableau complet présenté en annexe électronique
www.irdes.fr/donnees/560-l-access-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.xls

		Modèle 1 (caractéristiques démographiques + besoins de soins)	Modèle 2 (modèle 1 + caractéristiques sociales)	Modèle 3 (modèle 2 + caractéristiques géographiques)
Recours aux soins gynécologiques (N = 7 694)				
Reconnaissance administrative (N : 1 538) Réf : pas de reconnaissance	Effets marginaux	-0,1080***	-0,0393	-0,0410
	Ecart types	-0,0257	-0,0308	-0,0311

Lecture : Les femmes ayant déclaré avoir une reconnaissance de handicap ont une probabilité de recourir à des soins gynécologiques réduite de 10 points par rapport aux femmes n'ayant pas déclaré de reconnaissance de handicap à âge et besoins de soins gynécologiques égaux.

Source : HSM, calculs Irdes.

Tableau 38 Recours aux soins gynécologiques en fonction du type de reconnaissance administrative (contrôlé par le score de limitations fonctionnelles)

Tableau complet présenté en annexe électronique
www.irdes.fr/donnees/560-l-access-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.xls

		Modèle 1 (caractéristiques démographiques + besoins de soins)	Modèle 2 (modèle 1 + caractéristiques sociales)	Modèle 3 (modèle 2 + caractéristiques géographiques)
Recours aux soins gynécologiques (N = 7 594)				
Allocation aux adultes handicapés (AAH) (N : 530) Réf : pas de reconnaissance	Effets marginaux	-0,1700***	-0,0924**	-0,0894**
	Ecart types	-0,0400	-0,0465	-0,0459
Pension d'invalidité (N : 499) Réf : pas de reconnaissance	Effets marginaux	0,0252	0,0329	0,0302
	Ecart types	-0,0439	-0,0490	-0,0495
Rente d'incapacité (N : 61) Réf : pas de reconnaissance	Effets marginaux	0,0245	0,0096	0,0258
	Ecart types	-0,1110	-0,1150	-0,1170
Autres reconnaissances (N : 448) Réf : pas de reconnaissance	Effets marginaux	-0,0381	0,0011	-0,0016
	Ecart types	-0,0446	-0,0485	-0,0486

Lecture : Les femmes percevant une Allocation aux adultes handicapés (AAH) ont une probabilité de recourir aux soins gynécologiques réduite d'environ 17 points par rapport aux femmes sans reconnaissance de handicap à âge, besoins de soins et limitations fonctionnelles équivalents.

Source : HSM, calculs Irdes.

En revanche, les indicateurs de limitations auditives et visuelles ne semblent pas liés à une réduction de la probabilité de recourir aux soins gynécologiques.

Après introduction des variables sociales dans le modèle 2 et 3, le moindre recours des femmes ayant déclaré au moins une limitation motrice sans être en fauteuil roulant est presque divisé par deux (passage de -12 points de recours à -7 points) et l'effet initialement constaté pour les femmes avec au moins une limitation cognitive n'est plus significatif. Il apparaît donc que les écarts de recours initialement constatés peuvent en partie être associés au niveau socio-économique plus faible de ces femmes. Cependant, le différentiel de recours n'est que faiblement diminué pour les femmes en fauteuil roulant après introduction des variables sociales. Ainsi, l'hypothèse de difficultés d'accessibilité physique de ces femmes au cabinet et/ou à la table gynécologique peut être avancée.

L'analyse en fonction du score de limitations fonctionnelles motrices et cognitives corrobore ce constat. Le modèle 1 du **tableau 36** fait état d'une probabilité de recours aux soins gynécologiques inférieure de 4 points liée à l'augmentation d'un point du score de limitations fonctionnelles motrices ou cognitives. A niveau social équivalent, l'écart de recours ne persiste de façon significative que pour le score de limitations motrices même si le coefficient est deux fois moins important (différentiel de 2 points).

3.3.1.3. Résultats pour la dimension de la reconnaissance du handicap

Les résultats obtenus dans le **tableau 37** mettent en évidence une probabilité de recours inférieure d'environ 11 points pour les femmes déclarant une reconnaissance administrative de handicap dans le premier modèle, ce qui ne se vérifie plus après introduction des variables socio-économiques dans les modèles 2 et 3.

Ce résultat global sur la reconnaissance administrative incite à une analyse plus fine, compte tenu de la pluralité des motifs qui entrent dans la définition de cette variable. Les modèles introduisant les types de reconnaissance de handicap donnent des résultats concordants avec ceux obtenus pour les soins dentaires et ophtalmologiques. Ainsi, on constate de nouveau un moindre recours spécifique aux personnes percevant l'AAH. En effet, les femmes disposant de l'AAH présentent un recours aux soins inférieur de 17 points par rapport aux femmes sans reconnaissance de handicap à âge, besoins de soins et score de limitation fonctionnelles équivalents. Ce moindre recours reste significatif après introduction des variables socio-économiques mais le coefficient est presque deux fois moins important (passage de -17 à -9 points).

3.3.1.4. Résultats pour la dimension du croisement entre les limitations fonctionnelles et la reconnaissance du handicap

En utilisant le croisement entre les limitations fonctionnelles et la reconnaissance de handicap, il ressort de nouveau un différentiel d'accès négatif aux soins gynécologiques pour les femmes en situation de handicap. En effet, dans le modèle 1 du **tableau 39**, les femmes déclarant des limitations fonctionnelles et une reconnaissance de handicap affichent un recours inférieur de 16 points par rapport aux femmes sans limitations ni reconnaissance (population de référence). Une probabilité de recours inférieure de 10 points est associée aux femmes déclarant des limitations mais pas de reconnaissance de handicap est associé à une probabilité de recours inférieure de 10 points toujours par rapport à la même population de référence. Une fois encore, la prise en compte du niveau social dans le modèle 2 conduit à une division par deux de ces écarts de recours.

Tableau 39 Recours aux soins gynécologiques en fonction du croisement entre les limitations fonctionnelles et la reconnaissance administrative

Tableau complet présenté en annexe électronique
www.irdes.fr/donnees/560-l-access-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.xls

		Modèle 1 (caractéristiques démographiques + besoins de soins)	Modèle 2 (modèle 1 + caractéristiques sociales)	Modèle 3 (modèle 2 + caractéristiques géographiques)
Recours aux soins gynécologiques (N = 7 594)				
Limitations fonctionnelles reconnues (N : 1 213)	Effets marginaux	-0,1630***	-0,0833***	-0,0893***
	Ecart types	-0,0246	-0,0314	-0,0312
Limitations fonctionnelles non reconnues (N : 1 540)	Effets marginaux	-0,1050***	-0,0547**	-0,0620**
	Ecart types	-0,0255	-0,0276	-0,0273
Pas de limitations fonctionnelles mais reconnaissance (N : 325)	Effets marginaux	-0,0345	0,0124	0,0141
	Ecart types	-0,0538	-0,0572	-0,0583

Lecture : Les femmes ayant déclaré avoir des limitations fonctionnelles reconnues administrativement ont une probabilité de recourir à des soins gynécologiques réduite de 16 points par rapport aux femmes n'ayant déclaré ni limitations fonctionnelles ni reconnaissance de handicap (référence) à âge et besoins de soins gynécologiques équivalents.

Source : HSM, calculs Irdes.

3.3.2. Etude de la dépense, des restes à charge et des dépassements d'honoraires liés aux soins gynécologiques

Les données Sniiram permettent d'analyser les dépenses, les restes à charge ainsi que les dépassements d'honoraires chez le gynécologue. A l'instar des choix qui ont été arrêtés dans les analyses précédentes, les dépenses et les restes à charges présentés dans les tableaux qui suivent ne comprennent pas les dépassements d'honoraires, ce qui n'empêche pas qu'une analyse *ad hoc* de ces dépassements ait été réalisée. Les analyses sont effectuées chez les femmes ayant eu des dépenses de soins gynécologiques strictement positives, selon les données de consommation du Sniiram.

La base utilisée pour étudier la consommation de soins gynécologiques comprend 1 930 femmes.

Pour l'analyse de la consommation de soins gynécologiques, chaque modèle est contrôlé par les variables d'âge, par le proxy du besoin de soins gynécologiques (défini dans la partie 3.3.1), par le niveau socio-économique des femmes (revenu, diplôme, situation au regard de la complémentaire santé) et par le zonage en aire urbaine. De plus, les modèles analysant la dépense, le reste à charge et les dépassements d'honoraires sont contrôlés par le nombre de séances.

3.3.2.1. Résultats sur les variables autres que les marqueurs de handicap

L'âge des femmes exerce un effet significatif sur le nombre de séances de soins gynécologiques. En effet, le nombre de séances diminue proportionnellement avec l'âge à partir de 40 ans. Les femmes ayant un besoin gynécologique présentent un nombre de séances chez le gynécologue supérieur de 41 % par rapport aux femmes sans besoins gynécologiques.

Les femmes bénéficiant de la CMU-C présentent à la fois un nombre de séances supérieur de 35 % et en même temps des dépassements d'honoraires deux fois moins importants par rapport aux femmes qui disposent d'une complémentaire santé (population de référence). Les femmes cumulant une complémentaire santé et l'exonération du ticket modérateur ont un nombre de séances supérieur de 24 % et des dépassements d'honoraires

supérieurs (à nombre de séances égal) de 37 %, ainsi qu'un reste à charge inférieur de 35 % (à nombre de séances égal) par rapport à la population de référence. Les femmes n'ayant pas de complémentaire santé mais bénéficiant d'une exonération de ticket modérateur ne se différencient de la population de référence sur aucun indicateur si ce n'est par des restes à charge inférieurs de 77 %. Enfin, les femmes vivant en couple ont un nombre de séances supérieur de 17 % par rapport aux femmes célibataires.

Les variables géographiques ont un fort impact sur les dépassements d'honoraires des soins gynécologiques. Ainsi, les dépassements des femmes résidant dans une commune multipolarisée ainsi que ceux des femmes résidant dans une commune appartenant à un pôle ou à la couronne d'un pôle de l'espace rural sont inférieurs d'environ 45 % par rapport aux femmes résidant dans des pôles urbains (situation de référence). Ce différentiel de dépassements d'honoraires est encore plus prononcé dans les communes à dominante rurale et dans les départements d'outre-mer où ces dépassements sont deux fois moins importants que dans les pôles urbains. A l'inverse et de façon non surprenante, c'est dans les trois plus grandes villes de France que les dépassements d'honoraires sont les plus importants, en moyenne deux fois plus élevés que ceux qui prévalent dans les pôles urbains. En revanche, la zone géographique demeure sans effet sur le nombre de séances, mais apparaît associée aux dépenses et aux restes à charge : à nombre de séances égal, les deux indicateurs sont supérieurs pour les femmes résidant dans des espaces ruraux ou dans les départements d'outre-mer.

3.3.2.2. Résultats sur les limitations fonctionnelles

La consommation de soins gynécologiques n'est pas liée aux limitations cognitives, visuelles ni auditives (modèles du **tableau 40**). En revanche, l'augmentation du score de limitations motrices d'un point est associée à un nombre de séances inférieur de 4 % et à des restes à charge à nombre de séances donné inférieurs de 5 %.

Tableau 40 Consommation de soins gynécologiques en fonction du score de limitations fonctionnelles

		Logarithme du nombre de séances	Logarithme de la dépense ¹	Logarithme du reste à charge ¹	Logarithme du dépassement d'honoraires ²
Score de limitations motrices	Effets marginaux	-0,0374**	0,0196	-0,0545*	-0,0122
	Ecart types	-0,0178	-0,0140	-0,0300	-0,0626
Score de limitations cognitives	Effets marginaux	-0,0454	0,0126	-0,0794	0,0068
	Ecart types	-0,0308	-0,0204	-0,0572	-0,0859
Limitations visuelles (N : 70)	Effets marginaux	-0,0103	0,0312	0,0952	-0,0288
	Ecart types	-0,1170	-0,0749	-0,0905	-0,3310
Limitations auditives (N : 95)	Effets marginaux	-0,0758	-0,0435	0,0094	-0,1350
	Ecart types	-0,1040	-0,0656	-0,0851	-0,2230

¹ Sans les dépassements d'honoraires et contrôlé par le nombre de séances.

² Contrôlé par le nombre de séances.

Lecture : Le logarithme du nombre de séances est réduit de 4 % avec l'augmentation du score de limitations motrices d'un point à nombre de séances, âge, besoins de soins, niveau socio-économique et situation géographique équivalents.

Source : HSM, calculs Irdes.

Tableau 41 Consommation de soins gynécologiques en fonction de la reconnaissance administrative de handicap

Tableau complet présenté en annexe électronique
www.irdes.fr/donnees/560-l-access-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.xls

		Logarithme du nombre de séances	Logarithme de la dépense ¹	Logarithme du reste à charge ¹	Logarithme du dépassement d'honoraires ²
Reconnaissance administrative (N : 298)	Effets marginaux	-0,2010***	0,0116	-0,5770***	-0,0334
	Ecarts types	-0,0560	-0,0332	-0,1020	-0,1740

¹ Sans les dépassements d'honoraires et contrôlé par le nombre de séances.

² Contrôlé par le nombre de séances.

Lecture : Le logarithme du nombre de séances est réduit de 20 % pour les femmes bénéficiant d'une reconnaissance administrative de handicap par rapport aux femmes sans reconnaissance administrative de handicap à nombre de séances, âge, besoins de soins, niveau socio-économique et situation géographique équivalents.

Source : HSM, calculs Irdes.

Tableau 42 Consommation de soins gynécologiques en fonction du type de reconnaissance administrative de handicap

Tableau complet présenté en annexe électronique
www.irdes.fr/donnees/560-l-access-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.xls

		Logarithme du nombre de séances	Logarithme de la dépense ¹	Logarithme du reste à charge ¹	Logarithme du dépassement d'honoraires ²
Allocation aux adultes handicapés (AAH) (N : 64)	Effets marginaux	-0,2110**	0,0092	0,1000	-0,4640
	Ecarts types	-0,0953	-0,0543	-0,1210	-0,3010
Pension d'invalidité (N : 118)	Effets marginaux	-0,1340*	0,0276	-1,459***	0,1750
	Ecarts types	-0,0762	-0,0616	-0,1800	-0,2610
Autres reconnaissances administratives (N : 116)	Effets marginaux	-0,1520**	-0,0510	-0,2110*	0,0409
	Ecarts types	-0,0764	-0,0435	-0,1100	-0,2450
Score de limitations motrices	Effets marginaux	-0,0245	0,0198	-0,0041	-0,0086
	Ecarts types	-0,0183	-0,0148	-0,0244	-0,0645
Score de limitations cognitives	Effets marginaux	-0,0293	0,0124	-0,0112	0,0114
	Ecarts types	-0,0313	-0,0210	-0,0394	-0,0825
Limitations visuelles (N : 70)	Effets marginaux	-0,0029	0,0327	0,0684	-0,0121
	Ecarts types	-0,1180	-0,0752	-0,0821	-0,3310
Limitations auditives (N : 95)	Effets marginaux	-0,0687	-0,0398	0,0037	-0,1370
	Ecarts types	-0,1050	-0,0657	-0,0795	-0,2230

¹ Sans les dépassements d'honoraires et contrôlé par le nombre de séances.

² Contrôlé par le nombre de séances.

Lecture : Le logarithme du nombre de séances est réduit de 21 % pour les femmes bénéficiant d'une AAH par rapport aux femmes sans reconnaissance administrative de handicap à nombre de séances, âge, besoins de soins, niveau socio-économique et situation géographique équivalents.

Source : HSM, calculs Irdes.

Tableau 43 Consommation de soins gynécologiques en fonction du croisement entre les limitations fonctionnelles et la reconnaissance administrative de handicap

Tableau complet présenté en annexe électronique
www.irdes.fr/donnees/560-l-access-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.xls

		Logarithme du nombre de séances	Logarithme de la dépense ¹	Logarithme du reste à charge ¹	Logarithme du dépassement d'honoraires ²
Limitations fonctionnelles reconnues (N : 224)	Effets marginaux	-0,2150***	0,0673*	-0,5170***	-0,1220
	Ecarts types	-0,0690	-0,0400	-0,1230	-0,1950
Limitations fonctionnelles non reconnues (N : 320)	Effets marginaux	-0,0850	0,0209	0,0812	0,0470
	Ecarts types	-0,0595	-0,0353	-0,0529	-0,1430
Pas de limitations fonctionnelles mais reconnaissance (N : 74)	Effets marginaux	-0,2250***	-0,0777*	-0,6390***	0,1540
	Ecarts types	-0,0734	-0,0472	-0,1670	-0,2860

¹ Sans les dépassements d'honoraires et contrôlé par le nombre de séances.

² Contrôlé par le nombre de séances.

Lecture : Le logarithme du nombre de séances est réduit de 21,5 % pour les femmes déclarant des limitations fonctionnelles et une reconnaissance de handicap par rapport aux femmes sans limitations fonctionnelles ni reconnaissance administrative de handicap à nombre de séances, âge, besoins de soins, niveau socio-économique et situation géographique équivalents.

Source : HSM, calculs Irdes.

3.3.2.3. Résultats sur la reconnaissance administrative de handicap

L'indicateur de reconnaissance administrative est quant à lui associé à la fois à un nombre de séances inférieur (-20 % par rapport aux femmes sans reconnaissance administrative) et également à des restes à charge (à nombre de séances donné) inférieurs (-58 % par rapport aux femmes sans reconnaissance administrative).

Une analyse plus fine au niveau du motif de reconnaissance du handicap révèle des disparités de restes à charge entre les femmes bénéficiant de l'AAH et celles qui reçoivent une pension d'invalidité. En effet, à nombre de séances comparable, les femmes déclarant percevoir l'AAH n'ont pas un reste à charge significativement différent de celui des femmes sans reconnaissance de handicap. En revanche, les femmes déclarant percevoir une pension d'invalidité affichent un reste à charge inférieur de 146 % par rapport aux femmes sans reconnaissance de handicap. La significativité du test de Wald entre ces deux coefficients confirme un écart statistique entre les femmes percevant l'AAH et les femmes percevant une pension d'invalidité. De plus, on constate un nombre de séances inférieur pour les femmes percevant une AAH (-21 %) ou une pension d'invalidité (-13 %) par rapport aux femmes sans reconnaissance de handicap. Enfin, l'effet des limitations motrices sur la consommation de soins gynécologiques constaté dans le **tableau 40** est absorbé par le type de reconnaissance administrative dans nos modèles du **tableau 42**.

3.3.2.4. Résultats sur le croisement entre les limitations fonctionnelles et la reconnaissance administrative de handicap

Enfin, la dernière dimension abordée sur le croisement des limitations fonctionnelles et de la reconnaissance administrative de handicap met en lumière des écarts de consommation pour les femmes déclarant une reconnaissance de handicap avec ou sans limitations fonctionnelles. Ainsi, le nombre de séances est inférieur d'environ 21 % pour les femmes déclarant des limitations fonctionnelles et une reconnaissance de handicap comme pour les femmes déclarant une reconnaissance administrative sans limitations par rapport aux femmes sans limitations ni reconnaissance (population de référence). La reconnaissance administrative de handicap induit cependant des résultats opposés sur la dépense, pour un nombre de séances équivalent : les dépenses des femmes qui ont des limitations reconnues sont supérieures de 7 % et au contraire inférieures de 8 % pour les femmes qui bénéficient d'une reconnaissance sans limitations déclarées (par rapport à la population de référence). Enfin, ces deux populations présentent une même réduction du reste à charge à nombre de séances équivalent par rapport à la population de référence (-52 % pour les femmes déclarant des limitations et une reconnaissance et -64 % pour les femmes déclarant une reconnaissance sans limitations).

3.3.2.5. Conclusion sur les soins gynécologiques

L'étude du recours aux soins gynécologiques produit des résultats assez comparables à ceux obtenus sur les soins dentaires, et donc en contraste avec les soins ophtalmologiques qui se singularisent par rapport à cet ensemble de trois soins courants. Les résultats mettent en évidence une probabilité de recours aux soins inférieure pour les femmes en situation de handicap, que celui-ci soit mesuré par les limitations fonctionnelles (motrices ou cognitives) ou par la reconnaissance administrative de handicap, même si ce dernier effet est uniquement imputable aux femmes bénéficiant de l'AAH. Par rapport aux femmes qui bénéficient d'une pension d'invalidité, pour lesquelles le recours aux soins gynécologiques n'est pas significativement différent de celui des femmes sans reconnaissance de handicap, les femmes qui perçoivent l'AAH ne bénéficient pas d'une prise en charge de leur ticket modérateur, ce qui pourrait vraisemblablement les contraindre à abaisser leur niveau de recours aux soins. L'introduction des variables sociales réduit fortement les disparités de recours mais ne les

fait pas disparaître, laissant la place à d'autres hypothèses explicatives telles que la problématique d'accès physique aux soins.

Plusieurs indicateurs de handicap semblent exercer une influence significative sur le nombre de séances chez le gynécologue. Les limitations motrices, la reconnaissance administrative de handicap, le fait de percevoir l'AAH et le fait de bénéficier d'une pension d'invalidité sont autant d'éléments associés à une réduction de la fréquence des visites chez le gynécologue. En revanche, seule la reconnaissance administrative de handicap influence la dépense, de façon non univoque, selon qu'elle est associée à des limitations fonctionnelles (dépense supérieure de 7 %) ou qu'elle ne l'est pas (dépense inférieure de 8 %). Les personnes qui bénéficient d'une reconnaissance administrative de handicap sont associées à des restes à charge inférieurs, et plus particulièrement celles titulaires d'une pension d'invalidité.

3.4. L'accès aux soins préventifs des personnes en situation de handicap

En 2008, un partenariat entre la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) s'est noué pour favoriser l'accès à la prévention et l'éducation pour la santé des personnes en situation de handicap. Des travaux ont été engagés en lien avec l'accessibilité à la prévention des publics éloignés de l'information, difficiles à atteindre, et les publics les plus vulnérables. En 2013, le rapport Jacob continuait néanmoins de pointer l'insuffisance des soins de prévention médicale pour les personnes en situation de handicap. Rien ne devrait s'opposer à ce que les personnes en situation de handicap puissent bénéficier comme les autres assurés des campagnes nationales de prévention. Or, en l'état actuel, chacune des campagnes de prévention est conçue et diffusée pour les assurés en général sans considération explicite pour les personnes en situation de handicap, ce qui explique qu'une des premières propositions du rapport Jacob dans la thématique de la prévention soit de « rendre obligatoire un volet handicap dans toutes les campagnes de prévention nationales ».

Les dépistages des cancers

Il existe des tests ou examens permettant de dépister certains cancers comme le cancer du col de l'utérus, le cancer du sein ou le cancer du côlon. Ainsi, l'Etat a mis en place des dépistages organisés ou des recommandations dans la perspective de réduire la mortalité provoquée par ces cancers. Cette partie du rapport analyse les différences de recours à ces dépistages entre les personnes en situation de handicap et les personnes sans handicap. Pour cela, nous avons modifié notre tranche d'âge de 20-59 ans afin de les adapter aux périmètres des recommandations nationales. Ainsi, les populations étudiées sont pour le cancer du col de l'utérus les femmes âgées de 25 à 64 ans (HAS, 2010), pour le cancer du sein les femmes âgées de 50 à 74 ans (HAS, 2012) et pour le cancer du côlon les personnes âgées de 50 à 74 ans (HAS, 2013).

3.4.1. Le dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-vaginal

Les frottis cervico-vaginaux permettent de détecter des lésions précancéreuses et cancéreuses du col et ainsi de soigner plus précocement ce cancer. Il est recommandé aux femmes âgées de 25 à 65 ans d'effectuer ce test de dépistage tous les trois ans. L'objectif de cette partie consiste à évaluer les écarts de recours à ce dépistage selon que les femmes sont en situation de handicap ou non.

La base utilisée comprend les femmes âgées de 25 à 64 ans ayant répondu aux questions : « Avez-vous déjà eu un frottis ? », « De quand date le dernier ? ». Après suppression des valeurs manquantes, la base comprend 8 043 femmes.

Pour se conformer aux recommandations nationales en vigueur sur le dépistage du cancer du col de l'utérus, la variable d'intérêt retenue considère les femmes ayant effectué un frottis au cours des trois dernières années. Parmi les 8 043 femmes recensées dans la base de données, la probabilité d'avoir effectué un frottis dans les trois dernières années est de 0,8, soit 8 femmes sur 10, ce qui peut sembler un chiffre assez élevé. Il n'est pas rare que la couverture déclarée lors d'enquête en population générale soit surévaluée, ce qui peut sans doute s'expliquer par un biais de désirabilité sociale. En effet, sur la période 2003-2005, la Cnamts dénombrait un taux de recours de 58,7 % pour les femmes âgées de 25 à 65 ans alors que 81 % des femmes âgées de 25 à 65 ans enquêtées par le baromètre cancer avaient déclaré avoir effectué un dépistage du cancer du col de l'utérus dans les trois dernières années (Duport, 2008).

Quel que soit l'indicateur de handicap retenu, le différentiel de recours entre les femmes en situation de handicap et les autres est toujours statistiquement significatif (de -4 points pour les femmes déclarant une reconnaissance administrative sans limitation à un recours inférieur de -22 points pour les femmes déclarant une reconnaissance administrative et des limitations).

Tableau 44 Comparaison de moyennes de recours au dépistage du cancer du col de l'utérus en fonction des indicateurs de handicap

		Effectifs bruts	Moyenne de recours	Test du chi2		Ecart de moyennes de recours des personnes handicapées vs non handicapées	
				Valeur	Probabilité		
Limitations motrices	Sans	5 775	0,8233	15,11	<0,0001	-0,1690	
	Au moins une	2 268	0,6543				
Limitations cognitives	Sans	6 772	0,8161	10,15	<0,0001	-0,1419	
	Au moins une	1 271	0,6742				
Limitations visuelles	Sans	7 562	0,8119	9,06	<0,0001	-0,2061	
	Au moins une	481	0,6058				
Limitations auditives	Sans	7 531	0,8102	5,76	<0,0001	-0,1208	
	Au moins une	512	0,6894				
Reconnaissance administrative	Sans reconnaissance	6 357	0,8164	13,54	<0,0001	-0,1710	
	Avec reconnaissance	1 686	0,6454				
Croisement	Limitations + reconnaissance	Non	6 699	0,8155	15,48	<0,0001	-0,2199
		Oui	1 344	0,5956			
	Limitations + pas de reconnaissance	Non	6 228	0,8222	10,16	<0,0001	-0,1197
		Oui	1 815	0,7025			
Pas de limitations + reconnaissance	Non	7 701	0,8078	1,84	0,0668	-0,0430	
	Oui	342	0,7648				
Pas de limitations + pas de reconnaissance	Non	3 501	0,6853	-15,47	<0,0001	0,1485	
	Oui	4 542	0,8338				

Lecture : La moyenne de recours des 2 268 femmes ayant déclaré au moins une limitation motrice est de 0,65, soit 17 points de moins que la moyenne de recours des femmes sans limitations motrices (résultat significatif au seuil de 1 %).

Champs : HSM, calculs Irdes.

Tableau 45 Recours au dépistage du cancer du col de l'utérus pour les femmes ayant déclaré des limitations fonctionnelles

Tableau complet présenté en annexe électronique
www.irdes.fr/donnees/560-l-acces-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.xls

		Modèle 1 (caractéristiques démographiques + besoins de soins)	Modèle 2 (modèle 1 + caractéristiques sociales)	Modèle 3 (modèle 2 + caractéristiques géographiques)
Recours aux frottis (N = 8 043)				
Fauteuil roulant (N : 153)	Effets marginaux	-0,1450**	-0,1130**	-0,1140**
	Ecart types	-0,0591	-0,0550	-0,0561
Limitations motrices mais pas en fauteuil roulant (N : 2 117)	Effets marginaux	-0,0868***	-0,0446**	-0,0440**
	Ecart types	-0,0201	-0,0191	-0,0191
Limitations cognitives (N : 1 271)	Effets marginaux	-0,0886***	-0,0457**	-0,0443**
	Ecart types	-0,0238	-0,0202	-0,0201
Limitations visuelles (N : 481)	Effets marginaux	-0,1150**	-0,1060**	-0,1050**
	Ecart types	-0,0451	-0,0471	-0,0467
Limitations auditives (N : 512)	Effets marginaux	-0,0322	-0,0213	-0,0190
	Ecart types	-0,0296	-0,0286	-0,0283

Lecture : Les femmes déclarant être en fauteuil roulant ont une probabilité de recours au dépistage réduite de 14,5 points par rapport aux femmes sans limitations motrices à âge, autres limitations et besoins de dépistage équivalents.

Source : HSM, calculs Irdes

Tableau 46 Recours au dépistage du cancer du col de l'utérus en fonction du score de limitations fonctionnelles

Tableau complet présenté en annexe électronique
www.irdes.fr/donnees/560-l-acces-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.xls

		Modèle 1 (caractéristiques démographiques + besoins de soins)	Modèle 2 (modèle 1 + caractéristiques sociales)	Modèle 3 (modèle 2 + caractéristiques géographiques)
Recours aux frottis (N = 8 043)				
Score de limitations motrices	Effets marginaux	-0,0233***	-0,0121**	-0,0121**
	Ecart types	-0,0049	-0,0049	-0,0049
Score de limitations cognitives	Effets marginaux	-0,0340***	-0,0170***	-0,0164**
	Ecart types	-0,0072	-0,0066	-0,0066
Limitations visuelles (N : 481)	Effets marginaux	-0,1110**	-0,1040**	-0,1040**
	Ecart types	-0,0466	-0,0480	-0,0476
Limitations auditives (N : 512)	Effets marginaux	-0,0326	-0,0226	-0,0201
	Ecart types	-0,0302	-0,0291	-0,0289

Lecture : L'augmentation du score de limitation motrice d'un point réduit la probabilité de recourir au dépistage du col de l'utérus de 2,3 points à âge, autres limitation et besoins de dépistage équivalents.

Source : HSM, calculs Irdes.

3.4.1.1. Résultats sur les variables explicatives autres que les marqueurs de handicap

Les variables explicatives telles que l'âge, la situation au regard de la couverture complémentaire, le fait d'être en couple, le diplôme ou le revenu, sont corrélées à la probabilité de recourir au dépistage du col de l'utérus. En effet, les femmes âgées de 35 à 40 ans affichent une probabilité de recourir au dépistage supérieure de 5 points par rapport à la classe d'âge de référence des 40-45 ans. Cependant, les femmes âgées de plus de 55 ans ont un recours inférieur par rapport à cette même classe de référence (de 10 points pour les 55-60 ans et de 15 points pour les 60-65). Ces classes correspondent à peu près à l'âge de la ménopause. Pour autant, les femmes de ces classes d'âge qui se dispensent du test ne suivent pas les bonnes pratiques car l'Institut national du cancer (Inca) rappelle régulièrement dans ses campagnes d'information que la ménopause ne dispense pas les femmes d'effectuer ce test d'autant plus que « la moitié des cancers du col de l'utérus se déclare chez les femmes de plus de 50 ans¹¹ ».

Les femmes en couple présentent une probabilité supérieure de 6 points de recourir aux frottis cervico-vaginaux. Cependant, le fait d'être en couple ou non est loin d'être la seule variable socio-économique associée à des variations de recours au dépistage. En effet, les femmes qui ne bénéficient pas d'une couverture complémentaire ont une probabilité de recourir au dépistage inférieure de 13 points par rapport aux femmes ayant une complémentaire santé. De même, les femmes sans diplôme affichent également un recours inférieur de 13 points par rapport aux femmes ayant un baccalauréat. Les femmes avec le revenu par unité de consommation le plus faible (<861 €) présentent un recours inférieur de 10 points par rapport aux femmes ayant un revenu moyen plus élevé (entre 1 281-1 821 €). Enfin, les femmes résidant dans un département d'outre-mer ont une probabilité de recourir supérieure de 4 points par rapport aux femmes résidant en métropole. Cependant, en analysant ce résultat de façon plus fine, il apparaît que cette augmentation de recours n'est significative qu'après introduction des variables sociales (le coefficient est négatif dans le premier modèle). En effet, 81 % des femmes en métropole déclarent avoir effectué un frottis il y a moins de trois ans contre 78 % des femmes dans les départements d'outre-mer.

3.4.1.2. Résultats pour la dimension des limitations fonctionnelles

La probabilité de recours au dépistage des femmes déclarant des limitations motrices sans être en fauteuil roulant est inférieure d'environ 9 points par rapport aux femmes sans limitations motrices à âge, autres limitations et besoins de dépistage équivalents (**tableau 45** : modèle 1). Ce différentiel est sévèrement accentué pour les femmes en fauteuil roulant (-14 points). De même, le recours est inférieur également de 9 points pour les femmes ayant déclaré au moins une limitation cognitive par rapport aux femmes sans limitations cognitives, et de 11 points pour les femmes ayant des limitations visuelles par rapport aux femmes sans limitations visuelles. Après l'introduction des variables sociales dans le modèle 2, le coefficient des limitations motrices et des limitations cognitives est divisé par deux (passage de - 9 points environ à - 4,6 points). Ainsi, il apparaît qu'une partie du différentiel de recours identifié chez ces femmes est lié à leurs niveaux socio-économiques plus faibles. En revanche, les coefficients des indicateurs de limitations visuelles et de fauteuil roulant ne varient pas beaucoup après introduction des variables sociales.

L'analyse en fonction du score des limitations fonctionnelles motrices et cognitives donne des résultats concordants avec les résultats ci-dessus. Ainsi, l'augmentation du score des limitations motrices est associée à une probabilité de recours au dépistage du cancer du col de l'utérus inférieure de 2 points à âge, autres limitations et besoins de dépistage équivalents ; cet écart de recours négatif est estimé à 3 points pour le score de limitations

¹¹ Frédéric De Bels, responsable du département Dépistage de l'Inca.

L'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap...

Tome 1 – Résultats sur l'enquête Handicap-Santé volet Ménages

Résultats

Irdes juin 2015

Tableau 47 Recours au dépistage du cancer du col de l'utérus en fonction de la reconnaissance administrative

		Modèle 1 (caractéristiques démographiques + besoins de soins)	Modèle 2 (modèle 1 + caractéristiques sociales)	Modèle 3 (modèle 2 + caractéristiques géographiques)
Recours aux frottis (N = 8 043)				
Reconnaissance administrative (N : 1 683)	Effets marginaux	-0,1370***	-0,0704***	-0,0694***
	Ecart types	-0,0203	-0,0203	-0,0203

Lecture : Les femmes déclarant bénéficier d'une reconnaissance de handicap ont une probabilité de recours réduite de 13,7 points par rapport aux femmes sans reconnaissance de handicap à âge et besoins de dépistage équivalents.

Source : HSM, calculs Irdes

Tableau 48 Recours au dépistage du cancer du col de l'utérus en fonction du type de reconnaissance de handicap (contrôlé par les scores de limitations fonctionnelles)

		Modèle 1 (caractéristiques démographiques + besoins de soins)	Modèle 2 (modèle 1 + caractéristiques sociales)	Modèle 3 (modèle 2 + caractéristiques géographiques)
Recours aux frottis (N = 8 043)				
Allocation aux adultes handicapés (AAH) (N : 531)	Effets marginaux	-0,167***	-0,0744**	-0,0733**
	Ecart types	-0,0001	-0,0423	-0,0415
Pension d'invalidité (N : 522)	Effets marginaux	-0,0441*	-0,0327	-0,0313
	Ecart types	-0,0995	-0,2560	-0,2800
Rente d'incapacité (N : 73)	Effets marginaux	0,0045	-0,0128	-0,0145
	Ecart types	-0,9400	-0,8480	-0,8300
Autres reconnaissances (N : 557)	Effets marginaux	-0,0438	-0,0239	-0,0241
	Ecart types	-0,1370	-0,3740	-0,3680
Score de limitations motrices	Effets marginaux	-0,0168***	-0,0089*	-0,0090*
	Ecart types	-0,0012	-0,0795	-0,0793
Score de limitations cognitives	Effets marginaux	-0,0253***	-0,0131*	-0,0125*
	Ecart types	-0,0005	-0,0534	-0,0631
Limitations visuelles (N : 481)	Effets marginaux	-0,1070**	-0,1030**	-0,1020**
	Ecart types	-0,0207	-0,0315	-0,0311
Limitations auditives (N : 512)	Effets marginaux	-0,0301	-0,0211	-0,0186
	Ecart types	-0,3110	-0,4660	-0,5150

Lecture : Les femmes déclarant bénéficier de l'AAH ont une probabilité de recours réduite de 16,7 points par rapport aux femmes sans reconnaissance administrative à âge, nombre de limitations, besoins de dépistage et score de limitations fonctionnelles équivalents.

Source : HSM, calculs Irdes.

cognitives. Comme précédemment, ces coefficients sont divisés par deux lorsque le modèle est contrôlé par les variables socio-économiques.

3.4.1.3. Résultats pour la dimension de la reconnaissance du handicap

Les résultats obtenus en introduisant comme marqueur de handicap la reconnaissance de handicap concordent avec les résultats sur les limitations fonctionnelles. Ainsi, les femmes déclarant bénéficier d'une reconnaissance de handicap présentent une probabilité de recours au dépistage inférieure de 13,7 points par rapport aux femmes sans limitations fonctionnelles dans le modèle 1. Lorsque, dans le modèle 2, l'analyse s'effectue à niveau socio-économique équivalent, cet écart de recours est divisé par deux et passe ainsi à une probabilité réduite de 7 points.

Ce résultat global dissimule une fois de plus des effets différents selon les catégories de reconnaissance administrative de handicap. Le différentiel de recours est particulièrement accentué pour les femmes bénéficiaires de l'AAH (-17 points par rapport aux femmes sans reconnaissance administrative à âge, scores de limitations et besoins de soins équivalents). Toutefois, après introduction des variables sociales, le différentiel de recours des femmes bénéficiaires de l'AAH n'est plus que de 7 points.

3.4.1.4. Résultats pour la dimension du croisement entre les limitations fonctionnelles et la reconnaissance du handicap

Le croisement des limitations fonctionnelles avec la reconnaissance permet de distinguer quatre populations distinctes : les femmes déclarant des limitations fonctionnelles ainsi qu'une reconnaissance de handicap, les femmes déclarant des limitations fonctionnelles mais pas de reconnaissance de handicap, les femmes déclarant une reconnaissance de handicap mais pas de limitations fonctionnelles et, enfin, les femmes ne déclarant ni reconnaissance ni limitations fonctionnelles (population de référence). Les résultats du **tableau 49** indiquent que les femmes déclarant des limitations fonctionnelles et une reconnaissance de handicap présentent une probabilité de recourir au dépistage inférieure de 20 points par rapport aux femmes appartenant à la population de référence (modèle 1). Les femmes déclarant des limitations fonctionnelles et pas de reconnaissance de handicap présentent également un recours inférieur, quoique dans une moindre mesure (- 10 points dans le modèle 1).

Tableau 49 Recours au dépistage du cancer du col de l'utérus en fonction du croisement entre les limitations fonctionnelles et la reconnaissance de handicap

Tableau complet présenté en annexe électronique
www.irdes.fr/donnees/560-l-acces-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.xls

		Modèle 1 (caractéristiques démographiques + besoins de soins)	Modèle 2 (modèle 1 + caractéristiques sociales)	Modèle 3 (modèle 2 + caractéristiques géographiques)
Recours aux frottis (N = 8 043)				
Limitations fonctionnelles reconnues (N : 1 308)	Effets marginaux	-0,2020***	-0,1200***	-0,1180***
	Ecart types	-0,0248	-0,0259	-0,0258
Limitations fonctionnelles non reconnues (N : 1 721)	Effets marginaux	-0,1030***	-0,0581***	-0,0561***
	Ecart types	-0,0197	-0,0186	-0,0185
Pas de limitations fonctionnelles mais reconnaissance (N : 375)	Effets marginaux	-0,0598*	-0,0173	-0,0160
	Ecart types	-0,0338	-0,0307	-0,0306

Lecture : Les femmes déclarant des limitations fonctionnelles et une reconnaissance de handicap ont une probabilité de recours réduite de 20,2 points par rapport aux femmes sans limitations fonctionnelles et sans reconnaissance administrative à âge et besoins de dépistage équivalents.

Source : HSM, calculs Irdes.

Une fois de plus, l'introduction des variables socio-économiques réduit les différentiels de recours des femmes en situation de handicap par rapport aux autres femmes.

3.4.1.5. Conclusion sur le dépistage du cancer du col de l'utérus

Le handicap semble être associé à une réduction de la probabilité de recourir au dépistage du cancer du col de l'utérus, et ce pour les deux approches du handicap – limitations fonctionnelles et reconnaissance administrative de handicap. En analysant dans le détail, par motif de reconnaissance du handicap, l'AAH, qui ne prévoit pas de prise en charge du ticket modérateur de ses bénéficiaires, est associée à une réduction du recours significativement plus accentuée que les autres motifs de reconnaissance administrative du handicap. Après prise en compte des variables sociales, le différentiel de recours au dépistage est souvent réduit de moitié, ce qui montre que la faiblesse du recours s'explique en partie par les conditions sociales plus défavorisées qui affectent plus souvent les personnes en situation de handicap. Le handicap physique en lui-même est toutefois potentiellement un obstacle à l'accès au dépistage du cancer du col de l'utérus, ainsi qu'en attestent les résultats obtenus sur les personnes en fauteuil roulant, qui restent stables avant et après prise en compte des variables sociales des individus.

3.4.2. Le dépistage du cancer du sein par mammographie

Le cancer du sein reste la principale cause de mortalité par cancer chez les femmes, responsable de près de 11 000 décès annuels, soit un taux de mortalité standardisé (monde) estimé de 16,9 pour 100 000 en 2008 (Lastier, 2011). La mortalité, qui était restée stable depuis 1980, amorce une décroissance depuis 2000 (-1,3 % par an sur la période 2000-2005) (Belot *et al.*, 2008). Afin d'accroître cette tendance à la décroissance, un programme na-

Tableau 50 Comparaison de moyennes de recours au dépistage du cancer du sein en fonction des indicateurs de handicap

			Effectifs bruts	Moyenne de recours	Test du chi2		Ecart de moyennes de recours des femmes handicapées vs non handicapées
					Valeur	Probabilité	
Limitations motrices	Sans		3 266	0,7990	6,60	<0,0001	-0,0750
	Au moins une		2 489	0,7240			
Limitations cognitives	Sans		4 803	0,7917	6,06	<0,0001	-0,0973
	Au moins une		952	0,6944			
Limitations visuelles	Sans		5 282	0,7856	2,16	0,0309	-0,0453
	Au moins une		473	0,7403			
Limitations auditives	Sans		5 272	0,7870	3,07	0,0022	-0,0651
	Au moins une		483	0,7219			
Reconnaissance administrative	Sans reconnaissance		4 420	0,7885	4,20	<0,0001	-0,0571
	Avec reconnaissance		1 335	0,7314			
Croisement	Limitations + reconnaissance	Non	4 634	0,7893	5,84	<0,0001	-0,0871
		Oui	1 121	0,7022			
	Limitations + pas de reconnaissance	Non	3 874	0,7961	4,73	<0,0001	-0,0568
		Oui	1 881	0,7393			
Pas de limitations + reconnaissance	Non	5 541	0,7832	-1,79	0,0748	0,0471	
	Oui	214	0,8303				
Pas de limitations + pas de reconnaissance	Non	3 216	0,7372	-5,98	<0,0001	0,0662	
	Oui	2 539	0,8034				

Lecture : La moyenne de recours des 2 489 femmes ayant déclaré au moins une limitation motrice est de 0,72 soit 7 points de moins que la moyenne de recours des femmes sans limitations motrices (résultat significatif au seuil de 1 %).

Champs : HSM, calculs Irdes.

tional de dépistage du cancer du sein est mis en place depuis 2004, qui consiste, pour les femmes âgées de 50 à 75 ans, à réaliser une mammographie tous les deux ans. Cette partie de l'étude permet de déterminer si l'accès à ce dépistage est équivalent selon que les femmes sont handicapées ou non.

Ainsi, nous avons sélectionné dans la base de données HSM les femmes âgées de 50 à 75 ans ayant répondu aux questions suivantes : « Avez-vous déjà eu une mammographie, c'est-à-dire un examen radiologique des seins ? » et « De quand date la dernière mammographie ? ». La base de données constituée comprend 5 755 femmes.

La variable à expliquer est une variable dichotomique qui vaut 1 lorsque la femme a déclaré avoir eu une mammographie il y a moins de deux ans. Parmi les 5 755 femmes de notre base, la probabilité d'avoir recouru à une mammographie est de 0,79, soit 8 femmes sur 10. Les données de l'Insee indiquent que la part de femmes ayant participé au dépistage organisé du cancer du sein sur les années 2007-2008 n'était que de 51,7 % (Lastier, 2011). Ce dernier chiffre ne comprend toutefois pas toutes les mammographies réalisées en France car il est possible d'effectuer un dépistage individuel qui n'est pas enregistré sur un recueil spécifique. De plus, de la même manière que pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, le dépistage du cancer du sein dans une enquête en population générale peut être surévalué, compte tenu des biais de désirabilité sociale notamment.

Les comparaisons de moyennes du **tableau 50** indiquent des écarts de moyennes de recours significatifs pour l'ensemble des indicateurs de handicap, à l'exception toutefois des personnes qui bénéficient d'une reconnaissance de handicap mais qui n'ont pas déclaré de limitations fonctionnelles. Ainsi, ces différentiels de recours vont de -4 points pour les femmes déclarant des limitations visuelles à presque -10 points de recours pour les femmes déclarant des limitations cognitives.

3.4.2.1. Résultats sur les variables explicatives autres que les marqueurs de handicap

La probabilité de recourir au dépistage du cancer du sein est inférieure d'environ 6 points pour les femmes âgées de 70 à 75 ans par rapport aux femmes de 60-65 ans. La variable prenant en compte le besoin partiel de dépistage est quant à elle associée à un recours supérieur de 15 points. Le fait de vivre en couple augmente également la probabilité de recours de 5 points.

On constate également des corrélations significatives entre les variables sociales et la probabilité de recourir au dépistage du cancer du sein. Ainsi, les femmes sans diplôme présentent une probabilité de recours inférieure de 11 points par rapport aux femmes titulaires du baccalauréat. De même, les femmes avec un revenu par unité de consommation inférieur à 861 € affichent un recours inférieur de 6 points.

Enfin, le lieu de résidence a également un effet sur le recours à ce dépistage. Les femmes résidant dans la commune d'un pôle d'emploi de l'espace rural sont associées à une probabilité de recours inférieure de 12 points par rapport aux femmes résidant dans un pôle urbain. De même, les femmes résidant dans la couronne d'un pôle d'emploi de l'espace rural ont un recours inférieur de 22 points par rapport à celles résidant dans un pôle urbain.

3.4.2.2. Résultats pour la dimension des limitations fonctionnelles

Les indicateurs de limitations motrices et cognitives semblent significativement liés à la probabilité de recourir au dépistage du cancer du sein. En effet, les femmes déclarant des limitations motrices sans être en fauteuil roulant présentent une probabilité de recours au dépistage du cancer du sein inférieure de 5 points par rapport aux femmes sans limita-

Tableau 51 Recours au dépistage du cancer du sein pour les femmes ayant déclaré des limitations fonctionnelles

Tableau complet présenté en annexe électronique
www.irdes.fr/donnees/560-l-acces-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.xls

		Modèle 1 (caractéristiques démographiques + besoins de soins)	Modèle 2 (modèle 1 + caractéristiques sociales)	Modèle 3 (modèle 2 + caractéristiques géographiques)
Recours à la mammographie (N = 5 755)				
Fauteuil roulant (N : 164)	Effets marginaux	-0,2530***	-0,2270***	-0,2410***
	Ecart types	-0,0686	-0,0696	-0,0698
Limitations motrices mais pas en fauteuil roulant (N : 2 325)	Effets marginaux	-0,0470**	-0,0220	-0,0253
	Ecart types	-0,0197	-0,0201	-0,0202
Limitations cognitives (N : 952)	Effets marginaux	-0,0719**	-0,0524*	-0,0541*
	Ecart types	-0,0305	-0,0286	-0,0279
Limitations visuelles (N : 473)	Effets marginaux	0,0027	0,0083	0,0113
	Ecart types	-0,0336	-0,0329	-0,0318
Limitations auditives (N : 483)	Effets marginaux	-0,0185	-0,0136	-0,0081
	Ecart types	-0,0339	-0,0331	-0,0319

Lecture : Les femmes déclarant utiliser un fauteuil roulant ont une probabilité de recours réduite de 25,3 points par rapport aux femmes sans limitations motrices à âge, autres limitations et besoins de dépistage équivalents. Ecart-types robustes entre parenthèses.

Source : HSM, calculs Irdes.

Tableau 52 Recours au dépistage du cancer du sein en fonction du score de limitations fonctionnelles

Tableau complet présenté en annexe électronique
www.irdes.fr/donnees/560-l-acces-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.xls

		Modèle 1 (caractéristiques démographiques + besoins de soins)	Modèle 2 (modèle 1 + caractéristiques sociales)	Modèle 3 (modèle 2 + caractéristiques géographiques)
Recours à la mammographie (N = 5 755)				
Score de limitations motrices	Effets marginaux	-0,0216***	-0,0139**	-0,0148***
	Ecart types	-0,0049	-0,0054	-0,0054
Score de limitations cognitives	Effets marginaux	-0,0280***	-0,0221**	-0,0236***
	Ecart types	-0,0091	-0,0092	-0,0088
Limitations visuelles (N : 473)	Effets marginaux	0,0103	0,0134	0,0166
	Ecart types	-0,0339	-0,0332	-0,0319
Limitations auditives (N : 483)	Effets marginaux	-0,0168	-0,0112	-0,0051
	Ecart types	-0,0338	-0,0329	-0,0316

Lecture : L'augmentation du score de limitations motrices d'un point réduit la probabilité de recourir au dépistage du cancer du sein de 2 points à âge, autres limitations et besoins de dépistage équivalents.

Source : HSM, calculs Irdes.

Tableau 53 Recours au dépistage du cancer du sein en fonction de la reconnaissance administrative

Tableau complet présenté en annexe électronique
www.irdes.fr/donnees/560-l-acces-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.xls

		Modèle 1 (caractéristiques démographiques + besoins de soins)	Modèle 2 (modèle 1 + caractéristiques sociales)	Modèle 3 (modèle 2 + caractéristiques géographiques)
Recours à la mammographie (N = 5 755)				
Reconnaissance administrative (N : 1 335)	Effets marginaux	-0,0675***	-0,0327	-0,0335
	Ecart types	-0,0211	-0,0215	-0,0218

Lecture : Les femmes déclarant bénéficier d'une reconnaissance de handicap ont une probabilité de recours réduite de 6,7 points par rapport aux femmes sans reconnaissance de handicap à âge et besoins de dépistage équivalents.

Source : HSM, calculs Irdes.

tions motrices à âge, autres limitations et besoins de dépistage équivalents (**tableau 51** : modèle 1). Celles qui déclarent des limitations cognitives ont un recours inférieur de 7 points par rapport aux femmes sans limitations cognitives dans le modèle 1. Par rapport à l'ensemble des soins analysés dans l'étude, le dépistage du cancer du sein présente une particularité dans la mesure où le coefficient des limitations cognitives reste significatif après introduction des variables sociales. En effet, à niveau social équivalent, les femmes déclarant des limitations cognitives ont un recours au dépistage inférieur de 5 points. Les difficultés cognitives semblent donc être un obstacle persistant pour le recours à la mammographie.

Pour les femmes qui présentent des limitations motrices sans toutefois être dans un fauteuil roulant, la prise en compte des variables sociales fait disparaître leur différentiel d'accès au dépistage (**tableau 51**). Ce résultat est toutefois à mettre en balance avec un autre, dans le **tableau 52**, qui semble au contraire montrer que l'augmentation du score de limitations motrices est associée à une probabilité inférieure de 1,5 point de recourir au dépistage, y compris dans le modèle 2 qui introduit les variables sociales. Cette différence de résultats entre ces deux indicateurs de limitations motrices pourrait dénoter une hétérogénéité de populations au sein de ces indicateurs, l'un comprenant les personnes en fauteuil roulant (score) l'autre non.

Cette hypothèse est confirmée par le résultat sur le différentiel de recours des femmes en fauteuil roulant estimé à -25 points dans le modèle 1 (**tableau 51**) qui ne présente qu'une faible diminution après introduction des variables sociales dans le modèle 2 (-23 points de recours). Ce moindre accès persistant pour les femmes en fauteuil roulant peut être dû à des difficultés d'accès physique.

3.4.2.3. Résultats pour la dimension de la reconnaissance du handicap

Les femmes déclarant une reconnaissance administrative de handicap présentent une probabilité de recours au dépistage inférieure de 7 points par rapport aux femmes sans reconnaissance de handicap. Cependant, le coefficient n'est plus significatif après introduction des variables sociales dans le modèle 2.

Tableau 54 Recours au dépistage du cancer du sein en fonction du type de reconnaissance administrative (contrôlé par les scores de limitations fonctionnelles)

		Modèle 1 (caractéristiques démographiques + besoins de soins)	Modèle 2 (modèle 1 + caractéristiques sociales)	Modèle 3 (modèle 2 + caractéristiques géographiques)
Recours à la mammographie (N = 5 755)				
Allocation personnalisée d'autonomie (Apa) (N : 100)	Effets marginaux	-0,0704	-0,0692	-0,0676
	Écarts types	-0,0570	-0,0566	-0,0581
Allocation aux adultes handicapés (AAH) (N : 259)	Effets marginaux	-0,0925**	-0,0497	-0,0460
	Écarts types	-0,0471	-0,0445	-0,0446
Pension d'invalidité (N : 408)	Effets marginaux	0,0160	0,0204	0,0250
	Écarts types	-0,0293	-0,0291	-0,0286
Rente d'incapacité (N : 60)	Effets marginaux	0,0032	-0,0104	-0,0158
	Écarts types	-0,0781	-0,0821	-0,0877
Autres reconnaissances (N : 508)	Effets marginaux	0,0189	0,0249	0,0235
	Écarts types	-0,0311	-0,0299	-0,0303

Lecture : Les femmes déclarant bénéficier d'une AAH ont une probabilité de recours réduite de 9 points par rapport aux femmes sans reconnaissance de handicap à âge, nombres limitations et besoins de dépistage équivalents.

Source : HSM, calculs Irdes.

Tableau 55 Recours au dépistage du cancer du sein en fonction du croisement entre les limitations fonctionnelles et la reconnaissance de handicap

Tableau complet présenté en annexe électronique
www.irdes.fr/donnees/560-l-access-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.xls

		Modèle 1 (caractéristiques démographiques + besoins de soins)	Modèle 2 (modèle 1 + caractéristiques sociales)	Modèle 3 (modèle 2 + caractéristiques géographiques)
Recours à la mammographie (N = 5 755)				
Limitations fonctionnelles reconnues (N : 1 097)	Effets marginaux	-0,1120***	-0,0686***	-0,0720***
	Ecart types	-0,0249	-0,0266	-0,0273
Limitations fonctionnelles non reconnues (N : 1 804)	Effets marginaux	-0,0536**	-0,0307	-0,0314
	Ecart types	-0,0208	-0,0208	-0,0206
Pas de limitations fonctionnelles mais reconnaissance (N : 238)	Effets marginaux	0,0207	0,0382	0,0424
	Ecart types	-0,0406	-0,0370	-0,0358

Lecture : Les femmes déclarant des limitations fonctionnelles et une reconnaissance de handicap ont une probabilité de recours réduite de 11,2 points par rapport aux femmes sans limitations fonctionnelles ni reconnaissance de handicap à âge et besoins de dépistage équivalents.

Source : HSM, calculs Irdes.

Tableau 56 Comparaison de moyennes de recours au dépistage du cancer du côlon en fonction des indicateurs de handicap

		Effectifs bruts	Moyenne de recours	Test du chi2		Ecart de moyennes de recours des personnes handicapées vs non handicapées	
				Valeur	Probabilité		
Limitations motrices	Sans	1 066	0,4301	5,29	<0,0001	-0,1263	
	Au moins une	623	0,3038				
Limitations cognitives	Sans	1 401	0,4280	6,36	<0,0001	-0,1822	
	Au moins une	288	0,2458				
Limitations visuelles	Sans	1 545	0,4175	3,38	0,0009	-0,1343	
	Au moins une	144	0,2832				
Limitations auditives	Sans	1 535	0,4149	1,47	0,1431	-0,0599	
	Au moins une	154	0,3550				
Reconnaissance administrative	Sans reconnaissance	1 250	0,4254	5,54	<0,0001	-0,1446	
	Avec reconnaissance	439	0,2808				
Croisement	Limitations + reconnaissance	Non	1 332	0,4245	8,25	<0,0001	-0,2111
		Oui	357	0,2134			
	Limitations + pas de reconnaissance	Non	1 218	0,4267	3,01	0,0027	-0,0787
		Oui	471	0,3480			
	Pas de limitations + reconnaissance	Non	1 607	0,4123	0,23	0,8204	-0,0127
		Oui	82	0,3996			
	Pas de limitations + pas de reconnaissance	Non	910	0,3257	-5,08	<0,0001	0,1202
		Oui	779	0,4459			

Lecture : La moyenne de recours des 623 personnes ayant déclaré au moins une limitation motrice est de 30 %, soit 12 points de moins que la moyenne de recours des personnes sans limitations motrices (résultat significatif au seuil de 1 %).

Champs : HSM, calculs Irdes.

L'analyse fine par catégorie de reconnaissance administrative de handicap, à nombre de limitations fonctionnelles équivalent, fait ressortir une probabilité inférieure de 9 points de recourir au dépistage pour les femmes percevant l'AAH par rapport aux femmes sans reconnaissance de handicap à nombre de limitations, âge et besoins de dépistage équivalent.

3.4.2.4. Résultats pour la dimension du croisement entre les limitations fonctionnelles et la reconnaissance du handicap

La dernière dimension sur le croisement des limitations fonctionnelles et de la reconnaissance administrative de handicap présente des écarts de recours significatifs pour les femmes déclarant des limitations et une reconnaissance (-11 points, **tableau 55**) ainsi que pour les femmes déclarant des limitations sans reconnaissance (-5 points) par rapport aux femmes sans limitations ni reconnaissance (population de référence).

A niveau social équivalent, seul le premier différentiel reste significatif (-7 points), tandis que le recours des femmes déclarant des limitations sans reconnaissance de handicap ne se distingue plus de celui des femmes sans limitations ni reconnaissance de handicap.

3.4.2.5. Conclusion sur le dépistage du cancer du sein

Les femmes en situation de handicap ont une probabilité inférieure de recourir au dépistage du cancer du sein par rapport aux femmes non handicapées, que le handicap soit approché par les limitations fonctionnelles ou la reconnaissance administrative de handicap. S'agissant du différentiel de recours des personnes déclarant une reconnaissance administrative, il apparaît que seules les femmes bénéficiaires de l'AAH pâtissent d'un différentiel de recours au dépistage, tandis que les femmes qui ont un autre motif de reconnaissance administrative de handicap ne se différencient pas des femmes sans reconnaissance administrative de handicap au niveau du recours. Qu'elles soient reconnues administrativement ou non, les limitations fonctionnelles pénalisent le recours par rapport aux femmes qui n'en ont pas. La prise en compte des variables sociales fait disparaître le différentiel de recours des femmes qui déclarent des limitations motrices sans être en fauteuil roulant mais ne modifie que très peu l'écart de recours des femmes en fauteuil roulant et celui des femmes qui déclarent des limitations cognitives.

3.4.3. Le cancer du côlon

En France, en 2010, le nombre de nouveaux cas de cancer colorectal est estimé à 39 000 (20 100 hommes et 18 900 femmes). Cette localisation cancéreuse se situe, en termes d'incidence, au troisième rang chez l'homme et au deuxième rang chez la femme. Elle se trouve au deuxième rang des décès par cancer dans les deux sexes (Goulard *et al.*, 2010). Dans la perspective de réduire la morbidité et la mortalité provoquée par ce cancer, un programme de dépistage national a été mis en place. Ce programme de dépistage a débuté par un programme pilote comprenant 23 départements entre 2002 et 2007, et a été généralisé à l'ensemble des départements français en 2008-2009. Ce dépistage consiste à réaliser un test Hemocult® (recherche de sang occulte dans les selles) tous les deux ans pour les personnes âgées de 50 à 75 ans.

L'enquête HSM réalisée en 2008 correspond à l'année de généralisation de la campagne de dépistage à l'ensemble de la France. Dans ces conditions, il nous est apparu plus pertinent d'effectuer l'étude sur les départements pilotes pour lesquels la campagne de vaccination était déjà en place depuis quelques années (2002 à 2005). Ainsi, la base de données finalement retenue pour l'étude comprend les personnes âgées de 50 à 74 ans appartenant à

Tableau 57 Recours au dépistage du cancer du côlon pour les personnes déclarant des limitations fonctionnelles

Tableau complet présenté en annexe électronique
www.irdes.fr/donnees/560-l-access-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.xls

		Modèle 1 (caractéristiques démographiques + besoins de soins)	Modèle 2 (modèle 1 + caractéristiques sociales)	Modèle 3 (modèle 2 + caractéristiques géographiques)
Recours au dépistage du cancer du côlon (N = 1 689)				
Fauteuil roulant (N : 65)	Effets marginaux	-0,2670***	-0,2480***	-0,2500***
	Ecart types	-0,0523	-0,0563	-0,0555
Limitations motrices mais pas en fauteuil roulant (N : 558)	Effets marginaux	-0,1310***	-0,1220***	-0,1190***
	Ecart types	-0,0399	-0,0429	-0,0436
Limitations cognitives (N : 288)	Effets marginaux	-0,1510***	-0,1400**	-0,1290**
	Ecart types	-0,0579	-0,0583	-0,0583
Limitations visuelles (N : 144)	Effets marginaux	-0,0812	-0,0595	-0,0604
	Ecart types	-0,0780	-0,0835	-0,0826
Limitations auditives (N : 154)	Effets marginaux	0,0007	-0,0036	0,0038
	Ecart types	-0,0661	-0,0703	-0,0693

Lecture : Les personnes déclarant utiliser un fauteuil roulant ont une probabilité de recours au dépistage du cancer du côlon réduite de 26,8 points par rapport aux personnes sans limitations motrices à sexe, âge, autres limitations et besoins de dépistage équivalents.

Source : HSM, calculs Irdes.

Tableau 58 Recours au dépistage du cancer du côlon en fonction du score de limitations fonctionnelles

Tableau complet présenté en annexe électronique
www.irdes.fr/donnees/560-l-access-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.xls

		Modèle 1 (caractéristiques démographiques + besoins de soins)	Modèle 2 (modèle 1 + caractéristiques sociales)	Modèle 3 (modèle 2 + caractéristiques géographiques)
Recours au dépistage du cancer du côlon (N = 1 689)				
Score de limitations motrices	Effets marginaux	-0,0670***	-0,0607***	-0,0593***
	Ecart types	-0,0144	-0,0155	-0,0153
Score de limitations cognitives	Effets marginaux	-0,0698	-0,0624	-0,0592
	Ecart types	-0,0447	-0,0429	-0,0394
Limitations visuelles (N : 144)	Effets marginaux	-0,0763	-0,0592	-0,0580
	Ecart types	-0,0809	-0,0865	-0,0847
Limitations auditives (N : 154)	Effets marginaux	-0,0122	-0,0150	-0,0058
	Ecart types	-0,0658	-0,0691	-0,0688

Lecture : L'augmentation du score de limitations motrices d'un point réduit la probabilité de recourir au dépistage du cancer du côlon de 6,7 points à sexe, âge, autres limitations et besoins de dépistage équivalents.

Source : HSM, calculs Irdes.

22 des 23 départements pilotes¹², n'ayant jamais fait de coloscopie et ayant répondu aux questions : « Avez-vous déjà bénéficié d'un dépistage du cancer du côlon et du rectum (ou cancer de l'intestin) par recherche de sang dans les selles (test Hemocult®, test Magstream®) ? » et « De quand date le dernier test ? ». Cette base comprend 1 696 individus. Pour cette partie de l'étude, la variable indiquant un besoin de dépistage comprend les personnes ayant déclaré avoir eu des entérites et des colites non infectieuses, une maladie de l'intestin, un cancer du côlon ou des troubles digestifs. Cependant, le référentiel de pratique constitué par la HAS (2013) indique que l'indication véhiculée concernant les personnes ayant des antécédents de colites, de maladie de Crohn, etc., consiste à la réalisation d'un dépistage par coloscopie et non Hemocult®. De plus, au regard du faible effectif de personnes comportant l'indicateur de besoin de dépistage (7 personnes), le choix du retrait de la base de ces personnes a été préféré, rapportant ainsi la base à un nombre de 1 689 individus.

La variable à expliquer est une variable dichotomique qui prend la valeur 1 lorsque la personne a déclaré « avoir réalisé un Hemocult® il y a moins de deux ans ». Dans la base comprenant ces 1 689 individus, la probabilité d'avoir effectué un Hemocult® il y a moins de deux ans est de 0,4, soit 4 personnes sur 10. Les personnes en situation de handicap présentent en moyenne une probabilité de dépistage plus faible que les autres, à l'exception toutefois des personnes ayant des limitations auditives et des bénéficiaires d'une reconnaissance administrative sans limitations fonctionnelles. Ces écarts vont de -8 points pour les personnes déclarant des limitations sans reconnaissance administrative de handicap à -18 points pour celles déclarant des limitations cognitives.

3.4.3.1. Résultats sur les variables explicatives autres que les marqueurs de handicap

Le genre, le niveau de vie et le lieu de résidence de la personne enquêtée sont autant de facteurs associés à la variation de la probabilité de recourir au dépistage du cancer du côlon. En effet, la probabilité de recours au dépistage du côlon est inférieure de 8 points pour les hommes par rapport aux femmes ; par ailleurs, les personnes disposant de revenus plus faibles (personnes percevant moins de 861 € mensuels) affichent un recours inférieur de 10 points par rapport aux personnes ayant un revenu compris entre 1 281 et 1 821 € ; enfin, les personnes appartenant à un pôle ou à la couronne d'un pôle de l'espace rural présentent un recours inférieur de 20 points par rapport aux personnes résidant dans un pôle urbain.

3.4.3.2. Résultats pour la dimension des limitations fonctionnelles

Le recours au dépistage du cancer du côlon est lié à la déclaration de limitations motrices (-13 points à sexe, âge, autre limitations et besoin de dépistage équivalents - modèle 1 **tableau 57**) ainsi qu'à la déclaration de limitations cognitives (-15 points). Contrairement à ce que l'on avait constaté jusqu'à présent pour les autres soins ou dépistages, l'introduction du niveau social dans le modèle ne comble pratiquement pas le différentiel de recours pour les personnes en situation de handicap. En effet, à niveau social équivalent, le recours reste inférieur de 12 points pour les limitations motrices et de 14 points pour les limitations cognitives.

Lorsque l'on introduit le score de limitations fonctionnelles, on constate que seul le score de limitations motrices exerce une influence significative sur le recours au dépistage (-6,7 points), influence qui persiste par ailleurs y compris après introduction des variables sociales (**tableau 58**). Il semble donc vraisemblable que la gravité des limitations motrices

¹² Les 22 départements pilotes : Allier, Alpes-Maritimes, Ardennes, Bouches-du-Rhône, Calvados, Charente, Côte-d'Or, Finistère, Hérault, Ille-et-Vilaine, Indre-et-Loire, Isère, Marne, Mayenne, Moselle, Nord, Orne, Puy-de-Dôme, Pyrénées-Orientales, Haut-Rhin, Saône-et-Loire, Essonne. Le vingt-troisième département pilote, ayant débuté sa campagne en 2007, n'a pas été pris en compte.

Tableau 59 Recours au dépistage du cancer du côlon en fonction de la reconnaissance administrative

Tableau complet présenté en annexe électronique
www.irdes.fr/donnees/560-l-access-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.xls

		Modèle 1 (caractéristiques démographiques + besoins de soins)	Modèle 2 (modèle 1 + caractéristiques sociales)	Modèle 3 (modèle 2 + caractéristiques géographiques)
Recours au dépistage du cancer du côlon (N = 1 689)				
Reconnaissance administrative (N : 439)	Effets marginaux	-0,1420***	-0,1090**	-0,1100**
	Ecart types	-0,0430	-0,0478	-0,0479

Lecture : Les personnes déclarant bénéficier d'une reconnaissance de handicap ont une probabilité de recours réduite de 14,2 points par rapport aux personnes sans reconnaissance de handicap à sexe, âge et besoins de dépistage équivalents.

Source : HSM, calculs Irdes.

Tableau 60 Recours au dépistage du cancer du côlon en fonction du type de reconnaissance administrative (contrôlé par les scores des limitations fonctionnelles)

Tableau complet présenté en annexe électronique
www.irdes.fr/donnees/560-l-access-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.xls

		Modèle 1 (caractéristiques démographiques + besoins de soins)	Modèle 2 (modèle 1 + caractéristiques sociales)	Modèle 3 (modèle 2 + caractéristiques géographiques)
Recours au dépistage du cancer du côlon (N = 1 689)				
Allocation personnalisée d'autonomie (APA) (N : 27)	Effets marginaux	-0,2090*	-0,1790	-0,1900
	Ecart types	-0,1160	-0,1210	-0,1160
Allocation aux adultes handicapés (AAH) (N : 78)	Effets marginaux	-0,1920***	-0,1500*	-0,1520*
	Ecart types	-0,0665	-0,0783	-0,0787
Pension d'invalidité (N : 142)	Effets marginaux	-0,0450	-0,0376	-0,0281
	Ecart types	-0,0870	-0,0852	-0,0870
Rente d'incapacité (N : 34)	Effets marginaux	-0,1240	-0,1450	-0,1570
	Ecart types	-0,1090	-0,1010	-0,1010
Autres reconnaissances (N : 158)	Effets marginaux	0,0513	0,0740	0,0651
	Ecart types	-0,0789	-0,0864	-0,0847

Lecture : Les personnes déclarant bénéficier de l'AAH ont une probabilité de recours réduite de 18,5 points par rapport aux personnes sans reconnaissance administrative à sexe, âge, nombre de limitations et besoins de dépistage équivalents.

Source : HSM, calculs Irdes.

Tableau 61 Recours au dépistage du cancer du côlon en fonction du croisement entre les limitations fonctionnelles et la reconnaissance de handicap

Tableau complet présenté en annexe électronique
www.irdes.fr/donnees/560-l-access-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.xls

		Modèle 1 (caractéristiques démographiques + besoins de soins)	Modèle 2 (modèle 1 + caractéristiques sociales)	Modèle 3 (modèle 2 + caractéristiques géographiques)
Recours au dépistage du cancer du côlon (N = 1 689)				
Limitations fonctionnelles reconnues (N : 349)	Effets marginaux	-0,2360***	-0,2140***	-0,2120***
	Ecart types	-0,0352	-0,0411	-0,0416
Limitations fonctionnelles non reconnues (N : 449)	Effets marginaux	-0,1290***	-0,1300***	-0,1190***
	Ecart types	-0,0412	-0,0425	-0,0433
Pas de limitations fonctionnelles mais reconnaissance (N : 90)	Effets marginaux	-0,0285	-0,0207	-0,0170
	Ecart types	-0,0846	-0,0870	-0,0875

Lecture : Les personnes déclarant des limitations fonctionnelles et une reconnaissance de handicap ont une probabilité de recours réduite de 23,3 points par rapport aux personnes sans limitations fonctionnelles ni reconnaissance de handicap à sexe, âge et besoins de dépistage équivalents.

Source : HSM, calculs Irdes.

puisse avoir une incidence négative sur le recours. Ces résultats sont par ailleurs confirmés par le différentiel de recours des personnes en fauteuil roulant (-27 points par rapport aux personnes sans limitations motrices, **tableau 57**) qui n'est que très faiblement amélioré après introduction des variables sociales (-25 points).

3.4.3.3. Résultats pour la dimension de la reconnaissance du handicap

Les résultats obtenus dans le **tableau 59** témoignent d'un différentiel de recours au dépistage du cancer du côlon entre les personnes avec ou sans reconnaissance administrative de handicap. En effet, la probabilité de recourir est inférieure de 14 points pour les personnes déclarant une reconnaissance de handicap par rapport aux personnes sans reconnaissance administrative dans le modèle 1, et d'environ -11 points dans les modèles 2 et 3 introduisant les variables sociales puis géographiques.

Le **tableau 60** présente les résultats sur les écarts de recours par types de reconnaissance administrative à nombre de limitations équivalent. Un différentiel de recours négatif apparaît pour les personnes percevant l'Apa, ainsi que pour les bénéficiaires de l'AAH, par rapport aux personnes sans reconnaissance administrative (toutes choses égales par ailleurs), ce qui n'est pas le cas des personnes bénéficiant d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité. Cependant, les résultats doivent être interprétés avec prudence compte tenu de la faiblesse des effectifs impliqués (27 et 78 individus).

3.4.3.4. Résultats pour la dimension du croisement entre les limitations fonctionnelles et la reconnaissance du handicap

Enfin, la dernière dimension présente les différentiels de recours au dépistage en fonction du croisement entre les limitations fonctionnelles et la reconnaissance administrative de handicap. Ainsi, il apparaît des probabilités de recours inférieures pour les personnes déclarant des limitations et une reconnaissance (-24 points par rapport aux personnes n'ayant ni reconnaissance ni limitation (population de référence)) ainsi que pour les personnes déclarant des limitations mais pas de reconnaissance (-13 points par rapport à la population de référence). Ces résultats restent constants dans les trois modèles ; l'introduction des variables sociales et géographiques a donc peu ou pas d'effet sur les écarts de recours de ces populations.

3.4.3.5. Conclusion sur le dépistage du cancer du côlon

Les limitations fonctionnelles comme la reconnaissance administrative de handicap sont associées à une réduction significative de la probabilité de bénéficier d'un dépistage du cancer du côlon. L'Apa et l'AAH sont les deux motifs de reconnaissance administrative de handicap qui sont liés à un différentiel négatif de recours au dépistage, par opposition aux autres motifs qui demeurent sans effet sur le recours. Qu'elles soient reconnues ou non, les limitations fonctionnelles font obstacle au recours au dépistage. Contrairement aux résultats obtenus pour la plupart des soins analysés dans ce rapport (soins courants et soins préventifs), la prise en compte des variables sociales ne réduit quasiment pas le différentiel de recours au dépistage, laissant ainsi la place à d'autres hypothèses explicatives de ces différentiels de recours telles que par exemple les difficultés d'ordre physique entravant la réalisation du test hémocult, le manque d'information ou de sensibilisation de la population de personnes handicapées, etc.

3.4.4. La vaccination contre l'hépatite B

Avec plus de 350 millions de porteurs chroniques du virus de l'hépatite B et 2 millions de morts par an, l'hépatite B représente un problème de santé majeur dans le monde (Inpes, 2012). En 2001, l'hépatite B a entraîné 1 330 décès en France. Les principaux modes de transmission du VHB sont les contacts avec du sang ou des dérivés de sang, les rapports sexuels et les contacts non sexuels avec un porteur du VHB. Ainsi, même s'il existe des comportements à risques (rapports sexuels non protégés, tatouages, toxicomanie, ...) qui favorisent la transmission, toute la population peut potentiellement être contaminée par ce virus. Les personnes en situation de handicap ne sont pas épargnées par ce risque. Cette partie du rapport a pour objectif d'estimer le différentiel de recours à la vaccination contre l'hépatite B entre les personnes handicapées et les personnes non handicapées.

La base de données comprend les personnes âgées de 20 à 60 ans ayant répondu à la question : « Avez-vous été vacciné contre l'hépatite B au cours des dix dernières années ? ». Après retrait des valeurs manquantes (reconnaissance administrative de handicap,...), il reste 13 249 individus dans la base de données. La probabilité d'avoir recouru à la vaccination contre l'hépatite il y a moins de dix ans parmi les personnes appartenant à cette base de données est de 0,45, soit un peu moins d'une personne sur deux. Pour la plupart des indicateurs, les personnes en situation de handicap présentent en moyenne une probabilité plus faible de recourir à la vaccination contre l'hépatite B, à l'exception toutefois de ceux qui ont une reconnaissance de handicap sans déclarer de limitations (**tableau 62** de comparaison de moyenne).

Tableau 62 Comparaison de moyennes de recours à la vaccination contre l'hépatite B en fonction des indicateurs de handicap

		Effectifs bruts	Moyenne de recours	Test du chi2		Ecart de moyennes de recours des personnes handicapées vs non handicapées	
				Valeur	Probabilité		
Limitations motrices	Sans	10 448	0,4585	12,84	<0,0001	-0,1299	
	Au moins une	2 801	0,3286				
Limitations cognitives	Sans	11 258	0,4546	5,19	<0,0001	-0,0618	
	Au moins une	1 991	0,3928				
Limitations visuelles	Sans	12 571	0,4554	13,99	<0,0001	-0,2323	
	Au moins une	678	0,2231				
Limitations auditives	Sans	12 475	0,4534	5,79	<0,0001	-0,1027	
	Au moins une	774	0,3507				
Reconnaissance administrative	Sans reconnaissance	10 227	0,4583	13,41	<0,0001	-0,1321	
	Avec reconnaissance	3 022	0,3262				
Croisement	Limitations + reconnaissance	Non	11 025	0,4562	14,07	<0,0001	-0,1526
		Oui	2 224	0,3036			
	Limitations + pas de reconnaissance	Non	11 011	0,4587	7,31	<0,0001	-0,0825
		Oui	2 238	0,3762			
Pas de limitations + reconnaissance	Non	12 451	0,4528	5,07	0,1171	-0,0893	
	Oui	798	0,3635				
Pas de limitations + pas de reconnaissance	Non	5 260	0,3577	-12,69	<0,0001	0,1097	
	Oui	7 989	0,4674				

Lecture : La moyenne de recours des 2 801 personnes ayant déclaré au moins une limitation motrice est de 0,32, soit 13 points de moins que la moyenne de recours des personnes sans limitations motrices (résultat significatif au seuil de 1 %).

Champ : HSM, calculs Irdes.

3.4.4.1. Résultats sur les variables explicatives autres que les marqueurs de handicap

Les variables de contexte sont associées à des variations importantes de la probabilité de recourir à la vaccination contre l'hépatite B.

Un fort différentiel de recours est constaté en fonction du sexe et de l'âge de la personne. Ainsi, le recours est inférieur de 28 points pour les hommes par rapport aux femmes. Pourtant, l'hépatite B touche cinq fois plus les hommes que les femmes¹³. On distingue un gradient négatif avec l'avancée en âge allant d'un recours supérieur de 26 points pour les 20-25 ans par rapport aux 35-40 ans (population de référence) à un recours inférieur de 23 points pour les 55-60 ans par rapport à la population de référence.

L'une des deux variables proxys du besoin de vaccination induit des résultats contre-intuitifs : si, comme attendu, le recours est supérieur de 27 points pour les personnes occupant une profession intermédiaire de la santé, il est en revanche inférieur de 5 points pour le groupe comprenant des personnes immigrées, des personnes atteintes du VIH, ainsi que les insuffisants rénaux. Ce résultat inattendu peut toutefois sans doute s'expliquer par la prépondérance des personnes immigrées dans ce groupe, dont l'accès à la prévention et en particulier à la vaccination contre l'hépatite B est également réduit par rapport à la population générale (Dourgnon *et al.*, 2009).

Peu de résultats sur les variables socio-économiques sont significatifs. Les personnes sans complémentaire santé affichent une probabilité de recourir à la vaccination inférieure de 9 points par rapport aux personnes déclarant bénéficier d'une complémentaire santé. De même, les personnes sans diplôme ont un recours inférieur de 6 points par rapport aux personnes avec un baccalauréat.

Enfin, le recours à la vaccination varie également en fonction de la commune de résidence. Ainsi, les personnes résidant dans une commune monopolarisée et dans une commune multipolarisée présentent des probabilités de recours inférieures de respectivement 4 et 8 points par rapport aux personnes résidant dans un pôle urbain (référence). Il en va de même pour les personnes résidant dans un pôle de l'espace rural (-9 points), ainsi que pour les personnes résidant dans la couronne d'un pôle de l'espace rural (-18 points) par rapport à la même référence. Enfin, les personnes résidant dans un département d'outre-mer présentent un recours supérieur de 20 points par rapport aux personnes résidant en métropole.

3.4.4.2. Résultats pour la dimension des limitations fonctionnelles

Parmi les indicateurs de limitations fonctionnelles, seules les personnes déclarant des limitations visuelles et les personnes en fauteuil roulant sont associées à une probabilité inférieure de recours à la vaccination (de respectivement -16 points par rapport aux personnes qui n'ont pas de limitations visuelles et -18 points par rapport aux personnes qui n'ont pas de limitations motrices ; **tableau 63**). En outre, l'introduction des variables sociales et géographiques ne modifie que très faiblement ce différentiel de recours. Le **tableau 64** présentant les résultats sur les scores de limitation produit des conclusions semblables.

3.4.4.3. Résultats pour la dimension de la reconnaissance du handicap

L'analyse effectuée sur la reconnaissance administrative révèle un différentiel de recours à la vaccination contre l'hépatite B entre les personnes avec ou sans reconnaissance administrative de handicap. Ainsi, les personnes bénéficiant d'une reconnaissance admi-

¹³ Le portage chronique de l'antigène HBs est évalué à 1,1 % pour les hommes *versus* 0,2 % pour les femmes de la population adulte résidant en France métropolitaine : Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012.

Tableau 63 Recours à la vaccination contre l'hépatite B pour les personnes ayant déclaré des limitations fonctionnelles

Tableau complet présenté en annexe électronique
www.irdes.fr/donnees/560-l-access-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.xls

		Modèle 1 (caractéristiques démographiques + besoins de soins)	Modèle 2 (modèle 1 + caractéristiques sociales)	Modèle 3 (modèle 2 + caractéristiques géographiques)
Recours à la vaccination contre l'hépatite B (N = 13 249)				
Fauteuil roulant (N : 231)	Effets marginaux	-0,1800***	-0,1950***	-0,1950***
	Ecart types	-0,0640	-0,0651	-0,0668
Limitations motrices mais pas en fauteuil roulant (N : 2 573)	Effets marginaux	-0,0139	-0,0152	-0,0153
	Ecart types	-0,0230	-0,0236	-0,0239
Limitations cognitives	Effets marginaux	-0,0195	-0,0144	-0,0098
	Ecart types	-0,0248	-0,0256	-0,0260
Limitations visuelles (N : 678)	Effets marginaux	-0,1610***	-0,1590***	-0,1700***
	Ecart types	-0,0392	-0,0395	-0,0389
Limitations auditives (N : 774)	Effets marginaux	0,0089	0,0093	0,0183
	Ecart types	-0,0362	-0,0365	-0,0372

Lecture : Les personnes déclarant utiliser un fauteuil roulant ont une probabilité de recours réduite de 18 points par rapport aux personnes sans limitations motrices à sexe, âge, autres limitations et besoins de vaccination équivalents.

Source : HSM, calculs Irdes.

Tableau 64 Recours à la vaccination contre l'hépatite B en fonction du score de limitations fonctionnelles

Tableau complet présenté en annexe électronique
www.irdes.fr/donnees/560-l-access-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.xls

		Modèle 1 (caractéristiques démographiques + besoins de soins)	Modèle 2 (modèle 1 + caractéristiques sociales)	Modèle 3 (modèle 2 + caractéristiques géographiques)
Recours à la vaccination contre l'hépatite B (N = 13 249)				
Score de limitations motrices	Effets marginaux	-0,0107	-0,0123	-0,0118
	Ecart types	-0,0082	-0,0085	-0,0086
Score de limitations cognitives	Effets marginaux	-0,0071	-0,0043	-0,0019
	Ecart types	-0,0103	-0,0107	-0,0107
Limitations visuelles (N : 678)	Effets marginaux	-0,1590***	-0,1570***	-0,1690***
	Ecart types	-0,0395	-0,0398	-0,0392
Limitations auditives (N : 774)	Effets marginaux	0,0091	0,0099	0,0186
	Ecart types	-0,0364	-0,0366	-0,0373

Lecture : Les personnes déclarant des limitations visuelles ont une probabilité de recours à la vaccination réduite de 15,9 points par rapport aux personnes ne déclarant pas de limitations visuelles à sexe, âge, autres limitations et besoins de vaccination équivalents.

Source : HSM, calculs Irdes.

nistrative de handicap affichent un recours inférieur d'environ 4 points par rapport aux personnes sans reconnaissance administrative de handicap, et cet écart persiste, y compris après introduction des variables socio-économiques (modèles 1 à 3, **tableau 65**).

Le **tableau 66** présente les résultats par type de reconnaissance de handicap en contrôlant par le nombre de limitations fonctionnelles. Si les coefficients ne sont significatifs ni pour les personnes percevant une pension d'invalidité ni pour celles bénéficiant d'une rente d'incapacité, ils le sont en revanche pour les personnes percevant l'AAH, qui affichent une probabilité de recours inférieure de 9 points par rapport aux personnes sans reconnaissance administrative, et ce y compris après introduction des variables sociales (modèles 1 à 3 ; **tableau 66**).

Tableau 65 Recours à la vaccination contre l'hépatite B en fonction de la reconnaissance administrative

Tableau complet présenté en annexe électronique
www.irdes.fr/donnees/560-l-access-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.xls

		Modèle 1 (caractéristiques démographiques + besoins de soins)	Modèle 2 (modèle 1 + caractéristiques sociales)	Modèle 3 (modèle 2 + caractéristiques géographiques)
Recours à la vaccination contre l'hépatite B (N = 13 249)				
Reconnaissance administrative (N : 3 018)	Effets marginaux	-0,0425**	-0,0437**	-0,0385*
	Ecart types	-0,0182	-0,0209	-0,0212

Lecture : Les personnes déclarant bénéficier d'une reconnaissance de handicap ont une probabilité de recours réduite de 4 points par rapport aux personnes sans reconnaissance de handicap à sexe, âge et besoins de vaccination équivalents.

Source : HSM, calculs Irdes.

Tableau 66 Recours à la vaccination contre l'hépatite B en fonction du type de reconnaissance administrative (contrôlé par le score des limitations fonctionnelles)

Tableau complet présenté en annexe électronique
www.irdes.fr/donnees/560-l-access-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.xls

		Modèle 1 (caractéristiques démographiques + besoins de soins)	Modèle 2 (modèle 1 + caractéristiques sociales)	Modèle 3 (modèle 2 + caractéristiques géographiques)
Recours à la vaccination contre l'hépatite B (N = 13 249)				
Allocation aux adultes handicapés (AAH) (N : 912)	Effets marginaux	-0,0915***	-0,0867***	-0,0874***
	Ecart types	-0,0311	-0,0332	-0,0331
Pension d'invalidité (N : 964)	Effets marginaux	-0,0125	-0,0252	-0,0172
	Ecart types	-0,0304	-0,0316	-0,0315
Rente d'incapacité (N : 220)	Effets marginaux	-0,0124	-0,0181	-0,0122
	Ecart types	-0,0598	-0,0599	-0,0604
Autres reconnaissances de handicap (N : 922)	Effets marginaux	0,0166	0,0132	0,0172
	Ecart types	-0,0332	-0,0341	-0,0348

Lecture : Les personnes déclarant bénéficier de l'AAH ont une probabilité de recours réduite de 9 points par rapport aux personnes sans reconnaissance administrative à sexe, âge, nombre de limitations et besoins de vaccination équivalents.

Source : HSM, calculs Irdes.

Tableau 67 Recours à la vaccination contre l'hépatite B en fonction du croisement entre les limitations fonctionnelles et la reconnaissance administrative

Tableau complet présenté en annexe électronique
www.irdes.fr/donnees/560-l-access-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.xls

		Modèle 1 (caractéristiques démographiques + besoins de soins)	Modèle 2 (modèle 1 + caractéristiques sociales)	Modèle 3 (modèle 2 + caractéristiques géographiques)
Recours à la vaccination contre l'hépatite B (N = 13 249)				
Limitations fonctionnelles reconnues (N : 2 144)	Effets marginaux	-0,0652***	-0,0669***	-0,0614**
	Ecart types	-0,0211	-0,0245	-0,0249
Limitations fonctionnelles non reconnues (N : 2 100)	Effets marginaux	-0,0101	-0,0065	-0,0018
	Ecart types	-0,0217	-0,0223	-0,0227
Pas de limitations fonctionnelles mais reconnaissance (N : 874)	Effets marginaux	-0,0109	-0,0136	-0,0072
	Ecart types	-0,0298	-0,0308	-0,0310

Lecture : Les personnes déclarant des limitations fonctionnelles et une reconnaissance de handicap ont une probabilité de recours réduite de 6,5 points par rapport aux personnes sans limitations fonctionnelles et sans reconnaissance de handicap à sexe, âge et besoins de vaccination équivalents.

Source : HSM, calculs Irdes.

3.4.4.4. Résultats pour la dimension du croisement entre les limitations fonctionnelles et la reconnaissance du handicap

Le croisement des limitations fonctionnelles et de la reconnaissance administrative de handicap révèle un différentiel de recours significativement négatif pour les personnes déclarant des limitations fonctionnelles reconnues administrativement (**tableau 67**). Ce différentiel est estimé à une réduction d'environ 6 points de recours à la vaccination dans le modèle 1. Comme précédemment, l'introduction des variables sociales et géographiques ne modifie pas ce différentiel.

3.4.4.5. Conclusion sur le dépistage de l'hépatite B

Il existe des différentiels de recours négatifs pour les personnes en situation de handicap, et tout particulièrement pour les personnes en fauteuil roulant et les personnes déclarant des limitations visuelles. A l'instar des résultats obtenus sur le dépistage du cancer du côlon, ce recours se distingue des autres recours analysés précédemment par la faible incidence du niveau social des personnes sur ces écarts de recours. En effet, les résultats sont faiblement modifiés après l'introduction des variables sociales.

3.4.5. Dépistage du cholestérol

Il était initialement prévu d'étudier le recours au dépistage du cholestérol dans le cadre du projet. Pour ce faire, nous avons présélectionné une base d'individus âgés de 20 à 59 ans ayant hypothétiquement besoin d'un test de cholestérol. Ainsi, en s'inspirant d'Anderson *et al.* (2012), nous avons retenu plusieurs critères permettant d'approcher le besoin de dépistage de cholestérol. La base comprend les femmes âgées de plus de 40 ans, les hommes âgés de plus de 50 ans, les personnes obèses (IMC > 27), les personnes déclarant un diabète sucré, les malades hypertensifs, les insuffisants rénaux, les personnes atteintes de VIH, de maladies cérébrovasculaires, de maladies des artères artérioles et capillaires et de maladies chroniques des voies respiratoires inférieures. Ainsi, notre base de données comprend 9 539 individus pour lesquels la probabilité d'avoir répondu affirmativement à la question « Avez-vous déjà eu un dosage de votre cholestérol ? » est de 0,74, soit environ 3 personnes sur 4.

Après réflexion, il est apparu que la réponse à cette question pouvait être source de biais importants. Le test du cholestérol est régulièrement inscrit dans les batteries de tests effectués lors d'une prise de sang (même si ce n'est pas obligatoire). Les personnes qui subissent une prise de sang n'ont pas forcément connaissance de cette information. Compte tenu du doute important qui pèse sur la fiabilité de cette variable, il a été jugé raisonnable de renoncer à publier des résultats sur ce thème, et ce d'autant que les analyses exploratoires faisaient état de très rares résultats significatifs, montrant essentiellement une probabilité de recours accrue pour les personnes bénéficiant d'une reconnaissance administrative de handicap (*voir* tableaux de résultats en annexe 3).

4. Discussion

Les résultats obtenus dans ce rapport sont la résultante de choix méthodologiques effectués à partir des données disponibles dans l'enquête. Ces choix, ainsi que les limites qu'ils entraînent, sont discutés dans cette partie.

Le recours aux soins a été analysé à partir des déclarations des personnes enquêtées plutôt qu'à partir des données du Sniiram appariées. La principale limite qui pèse sur les données appariées, en partie corrigée par la Drees lors d'un travail sur la pondération (Montaut *et al.*, 2013), portait sur la difficulté de distinguer les personnes non consommandes des personnes non appariées. Les analyses basées sur une source déclarative présentent l'avantage de permettre de traiter un plus large éventail de soins que les données du Sniiram qui ne portent que sur les soins courants, mais ne sont toutefois pas exemptes de biais potentiels (de mémoire, d'incompréhension de la question posée mais aussi de désirabilité sociale) qui peuvent entacher les réponses apportées par les enquêtés. Dès lors que les analyses sur les dépenses, les restes à charge et les dépassements d'honoraires portent sur les seuls consommateurs, les données du Sniiram ont en revanche pu être utilisées pour cette partie du rapport pour les trois soins courants (partie 2.1.3).

De même les indicateurs de handicap ainsi que l'ensemble des variables explicatives ne sont pas exemptes de biais déclaratifs. Ces biais semblent particulièrement importants pour les questions basées de façon plus prononcée sur le ressenti et le positionnement social de l'individu, telles que les questions de santé mentale. Ainsi, les résultats de l'indicateur de santé mentale approché par les limitations fonctionnelles cognitives doivent être interprétés avec la plus grande prudence (partie 2.3).

Les choix économétriques effectués peuvent également avoir une incidence importante sur les résultats. La décision de pondérer les modèles logistiques dans l'étude a été motivée par la volonté de ne pas surestimer les écarts de recours entre les personnes en situation de handicap par rapport aux personnes sans handicap (partie 2.1.1). Le choix même de l'utilisation de régressions logistiques peut également être discuté, les méthodes d'appariement pouvant, par exemple, être privilégiées. Le principal avantage de celles-ci consiste en une meilleure égalisation des distributions des variables de contexte tels que l'âge, le sexe, ... entre les personnes en situation de handicap et les personnes sans handicap, pour ainsi permettre une meilleure estimation du différentiel de recours lié à la situation de handicap de la personne. Cependant, ces méthodes demandent de renoncer à une partie des données disponibles correspondant aux personnes en situation de handicap présentant des caractéristiques individuelles trop éloignées des personnes sans handicap. L'avantage des régressions logistiques consiste en la possibilité d'intégrer progressivement ces variables de contexte et ainsi d'appréhender les variations de différentiel de recours avant et après intégration de telle ou telle variable. La réalisation de méthodes d'appariement par score de propension avec fonction noyau pour une partie des analyses a montré des résultats allant dans le même sens, avec malgré tout quelques variations des coefficients.

Enfin, pour une bonne estimation du différentiel de recours entre les personnes en situation de handicap et les personnes sans handicap, le contrôle du besoin de soins est nécessaire. En effet, de nombreuses études (Krinsky-McHale *et al.* 2012, Hescot et Moutarde, 2010) montrent que les personnes en situation de handicap présentent un besoin de soins

plus important que les personnes sans handicap, particulièrement pour les soins courants tels que les soins dentaires et ophtalmologiques. Ainsi, le constat d'un recours supérieur lié à l'indicateur de handicap pourrait être la résultante d'un besoin plus important de recours de cette population, et non d'un meilleur accès aux soins. Or, l'enquête ne permet pas de prendre en compte de façon satisfaisante les besoins de soins. D'une part, les besoins tels qu'ils peuvent être approchés sont trop parcellaires ; par ailleurs, ils peuvent essentiellement être définis à partir des déclarations de maladie synonymes en soi de recours aux soins pouvant ainsi introduire de l'endogénéité dans les modèles. En effet, la connaissance par l'enquêté d'une maladie qui l'affecte présuppose qu'il a eu recours au professionnel de santé qui l'en a informé. Malgré ces difficultés, nous avons souhaité conduire une réflexion sur les besoins de soins pour chaque type de soins, en étant toutefois conscients des limites et de l'incomplétude des indicateurs ainsi créés. Après retrait de ces indicateurs parcellaires de besoins de soins dans les modèles analysés, les résultats sur les indicateurs de handicap sont très similaires, ne faisant apparaître que de très faibles écarts de différentiels de recours dans certains modèles. Ainsi, il apparaît que les variables de besoins introduites ne permettent pas une bonne identification du besoin. Cependant, en partant du postulat que le besoin de soins des personnes en situation de handicap est supérieur à celui des personnes sans handicap, on aurait pu s'attendre à des résultats montrant un recours accru aux soins des personnes en situation de handicap. Or, dans la grande majorité des cas, nos résultats font état d'un recours inférieur pour ces personnes.

Annexes

Annexe 1	
Note sur l'élaboration d'une classification du handicap psychique à partir des données de l'enquête HSM	93
Introduction.....	93
Méthodologie.....	94
Choix des variables de l'Analyse des correspondances multiples (ACM)	94
Résultats de l'ACM	96
Résultats de la classification.....	97
<i>Composition des classes (tableaux annexe 1-2, 1-3 et 1-4)</i>	97
<i>Pourcentages en ligne (tableaux annexe 1-5 et 1-6)</i>	101
Conclusion	104
 Annexe 2	
Descriptif des reconnaissances administratives de handicap	105
Conditions d'attribution et montant de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH)	105
Conditions d'attribution et montant de la pension d'invalidité	106
Conditions d'attribution et montant de la rente d'incapacité	107
Conditions d'attribution et montant de la pension militaire d'invalidité	108
Conditions d'attribution et montant de l'Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) et de la Prestation de compensation du handicap (PCH).....	109
<i>L'ACTP</i>	109
<i>La PCH</i>	110
 Annexe 3	
Tableaux de résultats de l'analyse du recours au test du cholestérol.....	113
 Annexe 4	
Les modèles économétriques	115
Test et correction de l'hétéroscédasticité.....	115
Détection de la multicolinéarité.....	116
Le test de Wald	116
 Annexe 5	
Tableau de statistiques descriptives.....	117

Annexe 1

Note sur l'élaboration d'une classification du handicap psychique à partir des données de l'enquête HSM

Cette note a pour objet de décrire la procédure suivie pour élaborer une classification du handicap psychique à partir des données de l'enquête HSM.

Introduction

De nombreux travaux et réflexions sur la problématique de la définition et de la mesure du handicap ont été menés en France et à l'étranger depuis la fin des années 1960. Ils ont permis la création d'outils de description et de collecte de données tels que la classification internationale du handicap de Philippe Wood dans les années 1980 puis la Classification internationale du fonctionnement en 2001. De plus, la loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, donne la définition suivante du handicap :

« Art. L. 114. - Constitue un handicap, au sens de la présente loi, 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. »

L'approche générale du handicap retenue dans l'enquête HSM¹⁴ est celle de l'interaction entre l'état de santé fonctionnelle de la personne et les facteurs environnementaux. L'état de santé fonctionnelle est abordé sous différents angles : les maladies, les symptômes, les déficiences et les limitations fonctionnelles. Les déficiences désignent des altérations corporelles ou dysfonctionnements des diverses parties du corps ou du cerveau (ex : être aveugle). Les limitations fonctionnelles mesurent le degré d'aptitude intrinsèque de la personne. Les facteurs environnementaux sont abordés dans l'enquête par plusieurs modules tels que l'accessibilité (logement, transports...), les aides (humaines, techniques...), la discrimination et les régimes de protection sociale. De plus, des questions sur les restrictions d'activités, les facteurs personnels et la participation sont également introduites dans l'enquête.

Le riche contenu de l'enquête HSM permet donc la construction de nombreux indicateurs de handicap. La littérature sur l'exploitation de l'enquête HSM indique que les deux indicateurs les plus fréquemment utilisés sont les limitations fonctionnelles et les restrictions d'activités. De plus, certaines études effectuent également des croisements d'indicateurs (Ville *et al.*, 2002) ou des classifications (Dos Santos et Makdessi, 2010).

Notre première approche a consisté à définir le handicap à partir des limitations fonctionnelles, dans la mesure où cette notion permet la catégorisation en termes de problèmes moteurs, cognitifs ou sensoriels. Les questions relatives aux limitations motrices et sensorielles telles que « Pouvez-vous monter et descendre un étage d'escalier sans l'aide, d'une canne, de la rampe ou d'une aide technique ? » ou encore « Pouvez-vous voir clairement les caractères d'imprimerie d'un journal avec vos lentilles ou lunettes ? » avec leurs degrés de réponses (avec plus ou moins de difficultés, ou impossibilité de réaliser l'activité) semblent présenter un biais déclaratif relativement faible, et par conséquent la construction

¹⁴ Enquête Handicap Santé Ménage réalisée en 2008 par l'Insee.

d'indicateurs de handicap relativement fiables sur les dimensions motrices et sensorielles. En revanche, les questions relatives aux **limitations fonctionnelles cognitives** basées de façon plus prononcée sur le ressenti et le positionnement social de l'individu peuvent introduire un biais déclaratif plus important (Roussel *et al.*, 2012). En effet, les difficultés de recueil de l'information relative à la santé mentale, telles que le déni de la maladie ou des difficultés rencontrées, sont des biais d'interprétation mis en lumière par l'étude qualitative des données de santé mentale dans l'étude de Roussel *et al.* (2012) et nous conduit à un questionnaire particulier sur cet indicateur. La perspective d'une classification à partir des informations relatives à la santé mentale est apparue comme une solution viable.

Méthodologie

La méthode de classification réalisée ici est une méthode mixte appliquée aux dimensions d'une Analyse des correspondances multiples (ACM). La méthode mixte est une méthode de classification souvent utilisée lorsque le nombre d'individus est important (>1000), ce qui est le cas ici (8 899 individus). Cette méthode combine les techniques non hiérarchiques (ici les centres mobiles¹⁵) et hiérarchiques (classification hiérarchique ascendante avec Wald¹⁶). Cette méthode est souvent précédée d'une ACM, mais cela n'est pas obligatoire. Dans ce cas, la méthode mixte est appliquée sur les coordonnées des individus sur les dimensions de l'ACM, et non plus sur les variables directement. L'avantage de réaliser une méthode mixte directement est que les résultats donnent la contribution de chacune des variables aux classes déterminées et non de chacune des dimensions. Cependant, la réalisation d'une ACM permet un meilleur partitionnement car l'inertie est concentrée sur les individus les plus influents et, en particulier, lorsque l'inertie est fortement concentrée dans les premiers axes de l'ACM. De plus, l'ACM permet de visualiser graphiquement les variables de handicap intellectuel et/ou psychique associées dans les déclarations des individus. Notre choix s'est donc porté sur l'application de la méthode mixte sur les coordonnées des dimensions de l'ACM, dans la mesure où, dans notre cas, une partie relativement importante de l'inertie est concentrée dans les premiers axes (30 % dans les trois premiers axes) et qu'il est possible d'analyser la contribution de chacune des variables grâce aux statistiques descriptives. Nous avons donc effectué une première classification sur les coordonnées des dimensions de l'ACM des *n* individus de HSM par la méthode des centres mobiles en fixant le nombre de classes par la limite de wong : $n^{0.3}$. Puis, nous avons effectué une Classification hiérarchique ascendante (CAH) avec agrégation de Wald pour distance euclidienne sur les centres de ces pré-classes.

Choix des variables de l'Analyse des correspondances multiples (ACM)

Les questions de l'enquête HSM relatives aux difficultés intellectuelles et/ou psychiques sont les suivantes :

- **Huit limitations fonctionnelles** (% pondérés) :
 - « Vous arrive-t-il de ne plus vous souvenir à quel moment de la journée on est ? »
.....0,52 % de la population ayant répondu « *Oui, souvent* » et 3,13 % « *Oui, parfois* »
 - « Au cours d'une journée, vous arrive-t-il d'avoir des « trous de mémoire » ? »
.....1,45 % « *Oui, souvent* » et 18,04 % « *Oui, parfois* »

¹⁵ Centre mobile : effectue plusieurs itérations pour former des classes avec les individus ayant la plus faible distance à chaque centre.

¹⁶ Wald pour distance euclidienne : agrégation des individus qui font le moins varier l'inertie intra-classe.

- « Avez-vous des difficultés pour vous concentrer plus de 10 minutes ? »
..... 1,19 % « *Oui, souvent* » et 3,99 % « *Oui, parfois* »
- « Avez-vous des difficultés pour résoudre les problèmes de la vie quotidienne (comme se repérer sur un itinéraire ou compter l'argent) ? »
..... 1,04 % « *Oui, souvent* » et 2,19 % « *Oui, parfois* »
- « Avez-vous des difficultés pour apprendre de nouveaux savoirs ou savoir-faire (par exemple avoir des problèmes importants de concentration, intégrer difficilement de nouvelles connaissances, avoir des troubles qui nuisent à un apprentissage...) que ce soit à l'école, en formation professionnelle, dans une activité de loisirs... ? »
..... 1,30 % « *Oui, souvent* » et 4,69 % « *Oui, parfois* »
- « Avez-vous des difficultés pour comprendre les autres ou vous faire comprendre des autres (en dehors des difficultés liées aux différences de langue) ? »
..... 0,78 % « *Oui, souvent* » et 3,39 % « *Oui, parfois* »
- « Vous arrive-t-il, par votre comportement, de vous mettre en danger ? »
..... 0,86 % « *Oui, souvent* » et 6,96 % « *Oui, parfois* »
- « Vous reproche-t-on d'être trop impulsif ou agressif ? »
..... 3,12 % « *Oui, souvent* » et 21,21 % « *Oui, parfois* »
- **Six maladies (possibilité pour un individu de déclarer plusieurs maladies)**
(% pondérés) :
 - Mala_33 : anxiété chronique..... 4,34 %
 - Mala_34 : dépression chronique..... 3,59 %
 - Mala_35 : autisme 0,04 %
 - Mala_37 : schizophrénie..... 0,16 %
 - Mala_38 : trisomie 21..... 0,08 %
 - Mala_50 : autres maladies mentales..... 0,51 %
- **Dix déficiences** (% pondérés) :
 - Defi_51 : Troubles d'orientation dans le temps ou dans l'espace..... 1,25 %
 - Defi_52 : Troubles de mémoire importants..... 3,29 %
 - Defi_53 : Troubles de l'humeur (découragement, démotivation) 8,89 %
 - Defi_54 : Troubles anxieux 12,76 %
 - Defi_55 : Difficultés de relations avec autrui
(irascibilité, phobie sociale, sentiment d'être agressé) 2,65 %
 - Defi_56 : Difficultés d'apprentissage 1,06 %
 - Defi_57 : Difficultés de compréhension 1,16 %
 - Defi_58 : Retard intellectuel 0,66 %
 - Defi_59 : Autre trouble intellectuel..... 0,08 %
 - Defi_60 : Autre trouble psychique 0,31 %
- **Une IADL** (% pondérés) :
 - Trouver seul(e) votre chemin lorsque vous sortez 0,57 %

• **Recours à un psychologue ou un psychothérapeute.....4,25 %**

Pour un nombre important de ces questions, les réponses représentent des effectifs faibles, en particulier certaines modalités « souvent » des limitations fonctionnelles, mais également les maladies et la déficience « autre trouble intellectuel ». Ces modalités rares risquent de contribuer trop fortement à certains axes de l'ACM. Pour pallier ce problème, nous avons réduit notre population d'étude qui se composait de 14 411 individus (population des 20-59 ans) à une population susceptible d'avoir des difficultés intellectuelles et/ou psychiques. Pour ce faire, nous avons sélectionné les individus ayant répondu positivement à au moins une des questions répertoriées ci-dessus (maladies, limitations fonctionnelles, déficiences, recours à un psychologue). Ainsi, nous avons effectué notre typologie sur 8 899 individus. De plus, nous avons regroupé la variable de déficience « retard intellectuel » avec la variable « autres troubles intellectuels ». Nous avons également introduit les maladies en variables supplémentaires dans l'ACM.

Les variables supplémentaires introduites dans l'ACM sont les suivantes :

• **Variables de handicap :**

- Maladies mentales (dépressions chroniques, autismes...)
- Déficiences : mouvement, vue, ouïe, parole
- ADL
- IADL
- Reconnaissance du handicap

• **Caractéristiques démographiques :**

- Sexe
- Age
- Le fait d'être en couple

• **Caractéristiques sociales :**

- Diplôme
- Revenu par unité de consommation

Résultats de l'ACM

L'ACM que nous avons réalisée comprend 19 variables actives pour 46 modalités. Nous sommes donc dans un espace de dimension $46 - 19 = 27$. Les deux premiers axes de l'ACM comprennent 24,88 % de l'information dont 17,82 % dans le premier et 7,06 % dans le second. Les variables actives présentant la plus forte contribution à l'axe 1 sont les troubles d'orientation dans le temps ou dans l'espace, les difficultés de relation avec autrui, les troubles de la mémoire importants (déficience), les trous de mémoire (limitations) et le fait d'avoir souvent des problèmes de notion du temps. Dans le second axe, les variables actives contribuant fortement sont : avoir parfois des problèmes dans la vie quotidienne, avoir parfois des problèmes de notion du temps, avoir parfois des problèmes de compréhension, avoir parfois des problèmes pour apprendre de nouveaux savoirs, avoir des troubles anxieux, des difficultés relationnelles et des troubles de la mémoire importants. Ainsi, on peut voir se dessiner quatre groupements de variables actives :

- Un groupe comprenant les modalités « zéro » de ces variables (par exemple : ne pas avoir de difficultés de notion du temps).
- Un groupe contenant : avoir souvent des problèmes de notions du temps, avoir souvent des problèmes à apprendre de nouveaux savoirs, à comprendre, et avoir souvent des problèmes dans la vie quotidienne. Mais également, les variables de retard intellectuel et des difficultés pour trouver son chemin.
- Un troisième groupe comprend les modalités de réponse « Parfois » aux variables de limitations fonctionnelles et la modalité « Souvent » pour l'agressivité ou l'impulsivité. Le recours à un psychologue, les troubles de l'humeur, la mémoire et les difficultés de relation avec autrui appartiennent également à ce groupe.
- Enfin, les variables actives identifiées dans le quatrième groupe sont : avoir souvent des problèmes de mémoire, se mettre souvent en danger, avoir souvent des problèmes de concentration, avoir des difficultés d'apprentissage, avoir des difficultés de compréhension et avoir des troubles de l'orientation dans le temps ou dans l'espace.

Résultats de la classification

Les personnes n'ayant pas déclaré de limitations fonctionnelles, de maladies, de déficiences et n'ayant pas eu recours à un psychologue ou à un psychothérapeute représentent 52,61 % de la population des 20-59 ans (individus sortie de l'échantillon permettant la réalisation de la classification). Les trois classes construites à partir des dimensions de l'ACM et avec une méthode mixte représentent pour la première classe 6,94 % de la population, la seconde classe 0,39 % de la population et la troisième classe 39,06 % de la population. Les personnes incluses dans la première classe présentent un nombre médian de 5 variables actives, dans la seconde classe de 11 variables actives et dans la troisième classe d'une variable active (tableau 1-1).

Tableau annexe 1-1 Moyenne du nombre de variables actives dans chaque classe

Variable d'analyse : nombre de variables actives

Classe	Nb d'obs.	Moyenne	Minimum	Quartile inférieur	Médiane	Quartile supérieur	99 ^e centile	Maximum
1	2 934	5,56	1	4	5	7	14	19
2	328	11,01	4	9	11	13	17	18
3	5 637	1,59	0	1	1	2	4	6

L'analyse de la distribution des variables actives et supplémentaires par classe (Pourcentage en colonne : tableaux annexe 1-2, 1-3 et 1-4) permet de dépeindre la population contenue dans chacune de ces trois classes. Ensuite, l'analyse de la distribution des classes par variables actives (Pourcentage en ligne) permet d'évaluer la répartition des classes pour chacune des variables actives.

Composition des classes (tableaux annexe 1-2, 1-3 et 1-4)

Caractéristiques de la classe 1

La classe 1 est représentée par une population d'individus ayant déclaré avoir parfois des limitations fonctionnelles. La limitation fonctionnelle la plus récurrente est la mémoire. En effet, 74 % de la population déclare avoir parfois (58 %) ou souvent (17 %) des trous de mémoire. Les deux autres limitations fonctionnelles les plus fréquentes sont la concentration et l'agressivité. Au niveau des déficiences, ce sont les troubles de l'humeur et les troubles anxieux qui caractérisent cette population. Au niveau des variables supplémen-

L'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap...

Tome 1 – Résultats sur l'enquête Handicap-Santé volet Ménages

Annexe 1 Note sur l'élaboration d'une classification du handicap psychique...

Irdes juin 2015

Tableau annexe 1-2 Statistiques descriptives des variables actives (pourcentages en colonne)

		Classe 1	classe 2	classe 3	Pas de problème	Population des 20-59 ans
		(7,94 %)	(0,39 %)	(39,06 %)	(52,61 %)	
Limitations fonctionnelles cognitives						
Notion du temps	Non	72,89	44,45	96,62	100	96,31
	Oui parfois	22,14	23,20	3,38	0	3,17
	Oui Souvent	4,97	32,35	0,00	0	0,52
Se concentrer	Non	50,64	19,28	97,42	100	94,76
	Oui parfois	37,93	20,97	2,45	0	4,05
	Oui Souvent	11,43	59,75	0,13	0	1,19
Résoudre des problèmes de la vie quotidienne	Non	70,12	3,37	98,71	100	96,74
	Oui parfois	22,12	1,65	1,15	0	2,21
	Oui Souvent	7,76	94,97	0,14	0	1,04
Comprendre	Non	64,95	11,37	97,32	100	95,82
	Oui parfois	28,46	24,28	2,68	0	3,4
	Oui Souvent	6,59	64,35	0,00	0	0,78
Mémoriser	Non	25,78	36,89	65,59	100	80,42
	Oui parfois	57,55	31,08	34,41	0	18,13
	Oui Souvent	16,67	32,02	0,00	0	1,45
Apprendre de nouveaux savoirs	Non	53,84	2,12	94,68	100	93,87
	Oui parfois	36,23	3,06	4,96	0	4,82
	Oui Souvent	9,92	94,82	0,37	0	1,30
Se mettre en danger	Non	69,34	49,59	86,35	100	92,04
	Oui parfois	25,13	26,80	12,82	0	7,11
	Oui Souvent	5,53	23,61	0,83	0	0,86
Etre agressif ou impulsif	Non	45,9	55,21	48,93	100	75,58
	Oui parfois	39,26	29,59	46,24	0	21,29
	Oui Souvent	14,84	15,20	4,83	0	3,12
Déficiences						
Troubles d'orientation dans le temps ou dans l'espace	Oui	10,03	60,47	0,55	0	1,25
Troubles de mémoire importants	Oui	31,56	42,82	1,59	0	3,29
Troubles de l'humeur ¹	Oui	49,14	41,55	12,53	0	8,96
Troubles anxieux	Oui	50,91	45,29	21,86	0	12,76
Difficultés de relations avec autrui ²	Oui	21,55	37,55	2,03	0	2,65
Difficultés d'apprentissage	Oui	8,52	74,85	0,22	0	1,06
Difficultés de compréhension	Oui	9,99	70,16	0,22	0	1,16
Retard intellectuel et autres troubles intellectuels	Oui	4,65	78,9	0,07	0	0,71
Autres troubles psychiques	Oui	3,93	0,00	0,00	0	0,31
Échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL)						
Trouver seul(e) votre chemin lorsque vous sortez	Oui	3,83	66,82	0,00	0	0,57
Recours						
Psychologue ou psychothérapeute	Oui	18,87	26,5	6,77	0	4,25

¹ Découragement, démotivation.

² Irrascibilité, phobie sociale, sentiment d'être agressé.

Lecture : 72,89 % des individus appartenant à la classe 1 n'ont pas déclaré de difficultés de notion du temps.

Champ : Personnes âgées de 20 à 59 ans.

Source : HSM.

L'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap...

Tome 1 – Résultats sur l'enquête Handicap-Santé volet Ménages

Annexe 1 Note sur l'élaboration d'une classification du handicap psychique...

Irdes juin 2015

Tableau annexe 1-3 Statistiques descriptives des variables supplémentaires relatives au handicap (Pourcentages en colonne)

	Classe 1 (7,94 %)	classe 2 (0,39 %)	classe 3 (39,06 %)	Pas de problème (52,61 %)	Population des 20-59 ans	
Maladies						
Anxiété chronique	15,51	14,93	5,61	0,00	3,48	
Dépression chronique	17,19	9,41	3,46	0,00	2,75	
Autisme	0,12	5,62	0,01	0,00	0,03	
Schizophrénie	1,46	2,81	0,04	0,00	0,14	
Trisomie 21	0,33	12,47	0,00	0,00	0,08	
Autres	2,68	22,58	0,24	0,00	0,40	
Déficiences						
Mouvement	49,00	61,31	22,04	9,65	17,82	
Parole	9,20	65,56	0,63	0,25	1,36	
Ouïe	19,88	12,76	10,56	5,06	8,42	
Vue	64,85	56,31	58,68	50,66	54,94	
Autres	4,78	7,08	3,02	2,16	2,72	
Échelle des activités de la vie quotidienne (ADL)						
Difficultés pour...	se laver	5,78	45,66	0,69	0,18	1,00
	s'habiller	5,26	33,38	0,87	0,32	1,06
	couper la nourriture	3,67	33,03	0,34	0,06	0,58
	manger et boire	1,18	10,05	0,05	0,00	0,15
	se servir des toilettes	1,64	18,56	0,23	0,05	0,32
	se coucher	3,46	16,27	0,50	0,18	0,63
	s'asseoir	3,21	13,04	0,38	0,10	0,51
Échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL)						
Difficultés pour...	faire les courses	12,92	79,77	1,90	0,43	2,31
	préparer les repas	6,10	69,81	0,49	0,09	1,00
	les tâches ménagères	11,82	61,43	1,81	0,35	2,07
	faire les petits travaux	12,65	60,91	2,58	0,54	2,54
	faire des démarches administratives	16,39	92,48	1,22	0,40	2,35
	prendre les médicaments	3,40	53,38	0,06	0,00	0,50
	se déplacer	1,55	14,87	0,17	0,04	0,27
	sortir	4,70	41,74	0,32	0,07	0,70
	utiliser les transports	7,63	72,53	0,52	0,26	1,23
	se servir d'un téléphone	2,81	53,98	0,14	0,03	0,51
se servir d'un ordinateur	5,53	47,63	0,86	0,31	1,12	
Anciens indicateurs						
Moteur	24,12	51,37	6,17	2,68	5,93	
Limitations cognitives	45,11	99,51	5,95	0,00	6,30	
Reconnaissance administrative	24,80	89,86	5,09	1,77	5,24	

Lecture : 15,51 % des individus appartenant à la classe 1 ont déclaré une anxiété chronique.

Champ : Personnes âgées de 20 à 59 ans.

Source : HSM.

L'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap...

Tome 1 – Résultats sur l'enquête Handicap-Santé volet Ménages

Annexe 1 Note sur l'élaboration d'une classification du handicap psychique...

Irdes juin 2015

taires relatives au handicap, on constate que les maladies les plus fréquentes sont l'anxiété chronique et la dépression chronique avec 15 % et 17 %. Les restrictions d'activité liées aux soins personnels sont relativement faiblement représentées et la modalité la plus déclarée est la difficulté à se laver (6 %). Pour cette population, les restrictions d'activités relatives aux activités domestiques qui sont les plus problématiques sont : effectuer des démarches administratives, faire les courses et les petits travaux. Enfin, 24 % des enquêtés ont au moins une limitation fonctionnelle motrice et 25 % ont une reconnaissance de leur handicap. Au niveau des variables démographiques, le nombre de femmes est supérieur de trois points à la population des 20-59 ans. L'âge moyen de la classe 1 est également plus élevé que celui de la catégorie des 20-59 ans dans son ensemble. Ainsi, 33 % des personnes ont entre 51 à 59 ans, soit 10 points de plus que la population générale. La proportion de personnes en couple est quant à elle inférieure de 10 points. Les caractéristiques socio-économiques sont globalement plus faibles, avec deux fois plus de personnes sans diplôme par rapport à la population générale et 34 % de personnes touchant un revenu par unité de consommation inférieur à 861 € par rapport à 19 % dans la population générale.

Tableau annexe 1-4 Statistiques descriptives des variables supplémentaires relatives aux variables sociodémographiques (Pourcentages en colonne)

	Classe 1 (7,94 %)	classe 2 (0,39 %)	classe 3 (39,06 %)	Pas de problème (52,61 %)	Population des 20-59 ans
Sexe					
Hommes	46,04	50,29	47,86	50,37	49,04
Femmes	53,96	49,71	52,14	49,63	50,96
Couple	57,74	16,20	70,54	70,45	69,26
Age					
20-26 ans	9,19	18,25	12,78	15,45	13,92
26-31 ans	7,45	10,03	10,06	13,42	11,62
31-36 ans	8,52	13,70	10,09	12,83	11,42
36-41 ans	13,87	13,01	13,03	14,99	14,13
41-46 ans	14,39	11,58	12,80	13,23	13,15
46-51 ans	13,97	12,50	14,34	12,50	13,33
51-56 ans	19,01	12,94	14,98	9,52	12,42
56-60 ans	13,60	7,99	11,92	8,07	10,01
Revenu					
< 861 €	33,59	36,78	18,59	17,90	19,49
861-1 281 €	26,86	37,29	25,62	24,42	25,13
1 281-1 821 €	21,99	14,08	28,09	27,49	27,23
≥ 1 821 €	17,56	11,85	27,71	30,20	28,15
Diplôme					
> bac	12,63	2,79	26,86	36,20	30,55
Bac	11,75	0,41	17,50	19,83	18,20
CAP	28,90	8,07	29,36	24,97	26,93
Brevet	6,19	2,21	6,73	5,31	5,92
Certificat d'études	8,24	2,10	5,47	2,96	4,35
Pas de diplôme	32,28	84,42	14,08	10,73	14,04

Lecture : 46,04 % des individus appartenant à la classe 1 sont des hommes.

Champs : Personnes âgées de 20 à 59 ans.

Source : HSM.

Caractéristiques de la classe 2

La seconde classe est représentée par des personnes ayant déclaré des difficultés importantes. En effet, 95 % ont déclaré avoir souvent des difficultés à résoudre les problèmes de la vie quotidienne et à apprendre de nouveaux savoirs. Une grande majorité des personnes incluses dans cette population a également des problèmes de concentration et de compréhension. De plus, 79 % ont déclaré avoir un retard intellectuel ou un autre trouble intellectuel. Il y a également 12 % de personnes atteintes de trisomie 21 et 6 % d'autisme. Les restrictions d'activités sont également très importantes pour cette population. Enfin, 51 % d'entre eux ont déclaré au moins une limitation fonctionnelle motrice et 90 % ont une reconnaissance de leur handicap. Cette classe comprend donc des personnes avec des difficultés intellectuelles importantes. Au niveau des caractéristiques démographiques, la proportion d'hommes et de femmes est pratiquement équivalente à celle de la population générale et l'âge des individus suit relativement bien celui de la population des 20-59 ans, même si le nombre de 20-26 ans est plus élevé de 5 points. Il y a quatre fois moins de personnes en couple et les revenus sont beaucoup plus faibles que pour la population des 20-59 ans. De plus, 84 % des personnes n'ont pas de diplôme, contre 14 % dans la population générale.

Caractéristiques de la classe 3

La troisième classe comprend une part assez faible de personnes ayant déclaré des limitations fonctionnelles ou des déficiences. Les variables actives les plus souvent déclarées sont d'avoir parfois des trous de mémoire (34 %), d'être parfois (46 %) ou souvent (5 %) impulsif ou agressif et d'avoir des troubles anxieux (22 %). Les statistiques des variables supplémentaires qu'elles portent sur le handicap, les caractéristiques démographiques ou sociales sont globalement similaires à la population générale des 20-59 ans.

Pourcentages en ligne (tableaux annexe 1-5 et 1-6)

La composition des classes ci-dessus nous donne une vision globale des caractéristiques des individus et semble indiquer que la classe 1 comprend des personnes présentant principalement des difficultés psychiques, la classe 2 des personnes présentant de grandes difficultés intellectuelles et la classe 3 des personnes psychiquement « fragiles » mais sans réel handicap mental. En regardant les pourcentages en ligne (répartition des individus ayant déclaré des variables actives entre les différentes classes), nous pourrions discuter de la spécificité de chacune des variables et nous interroger sur la fiabilité de notre classification.

Au niveau des variables actives, on constate qu'en majorité les plus grandes proportions d'individus sont comprises dans la classe 1. Cette constatation semble plutôt cohérente étant donné que des deux classes qui paraissent contenir des personnes avec de réelles difficultés, la classe 1 présente un effectif sept fois plus important que la classe 2. Cependant, on remarque certaines particularités. En effet, 100 % des personnes déclarant avoir « un autre trouble psychique » appartiennent à la classe 1 et 91 % des personnes déclarant des trous de mémoire importants sont également dans cette classe. Les variables avec la plus grande proportion d'individus appartenant à la classe 3 sont : être impulsif ou agressif, avoir des troubles anxieux, avoir des troubles de l'humeur et voir un psychologue. Ainsi, 60 % des personnes ayant déclaré être souvent impulsives ou agressives appartiennent à la classe 3. Pourtant, cette caractéristique est trois fois plus fréquente dans les classes 1 et 2 avec 15 % des individus ayant déclaré ce problème que dans la classe 3 (5 %). Cette variable ne semble donc pas indiquer de façon certaine des difficultés psychiques et/ou intellectuelles. Mais, dans quelle mesure ? Ce problème étant inhérent à plusieurs variables actives, la question de la fiabilité de nos classes se pose.

L'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap...

Tome 1 – Résultats sur l'enquête Handicap-Santé volet Ménages

Annexe 1 Note sur l'élaboration d'une classification du handicap psychique...

Irdes juin 2015

Tableau annexe 1-5 Statistiques descriptives des variables actives (Pourcentages en ligne)

		Classe 1	classe 2	classe 3	Pas de problème
		(7,94 %)	(0,39 %)	(39,06 %)	(52,61 %)
Limitations fonctionnelles					
Notion du temps	non	6,01	0,18	39,18	54,63
	oui parfois	55,49	2,89	41,62	0
	oui souvent	75,55	24,45	0	0
Se concentrer	non	4,24	0,08	40,15	55,52
	oui parfois	74,32	2,04	23,64	0
	oui souvent	76,07	19,76	4,17	0
Résoudre des problèmes de la vie quotidienne	non	5,75	0,01	39,85	54,38
	oui parfois	79,41	0,29	20,29	0
	oui souvent	58,98	35,88	5,14	0
Comprendre	non	5,38	0,05	39,67	54,91
	oui parfois	66,44	2,82	30,74	0
	oui souvent	67,32	32,68	0	0
Mémoriser	non	2,54	0,18	31,85	65,42
	oui parfois	25,19	0,68	74,13	0
	oui souvent	91,28	8,72	0	0
Apprendre de nouveaux savoirs	non	4,55	0,01	39,39	56,05
	oui parfois	59,62	0,25	40,13	0
	oui souvent	60,37	28,68	10,94	0
Se mettre en danger	non	5,98	0,21	36,64	57,16
	oui parfois	28,07	1,49	70,45	0
	oui souvent	51,24	10,88	37,88	0
Être agressif ou impulsif	non	4,82	0,29	25,28	69,61
	oui parfois	14,64	0,55	84,82	0
	oui souvent	37,7	1,92	60,38	0
Déficiences					
Troubles d'orientation dans le temps ou dans l'espace	Oui	63,69	19,09	17,22	0
Troubles de mémoire importants	Oui	76,06	5,13	18,81	0
Troubles de l'humeur ¹	Oui	43,53	1,83	54,64	0
Troubles anxieux	Oui	31,67	1,4	66,93	0
Difficultés de relations avec autrui ²					
Difficultés d'apprentissage	Oui	64,5	5,59	29,91	0
Difficultés de compréhension	Oui	63,96	27,92	8,12	0
Retard intellectuel et autres troubles intellectuels	Oui	68,57	23,94	7,5	0
Autres troubles psychiques	Oui	52,04	43,93	4,04	0
Autres troubles psychiques	Oui	100	0	0	0
IADL					
Trouver seul(e) votre chemin lorsque vous sortez	Oui	53,56	46,44	0	0
Recours					
A un psychologue ou à un psychothérapeute	Oui	35,27	2,46	62,27	0

Lecture : 6,01 % des individus n'ayant pas de problèmes de notion du temps appartiennent à la classe 1.

Champ : Personnes âgées de 20 à 59 ans.

Source : HSM.

Tableau annexe 1-6 Statistiques descriptives des variables supplémentaires (Pourcentages en ligne)

		Classe 1	classe 2	classe 3	Pas de problème
		(7,94%)	(0,39 %)	(39,06 %)	(52,61 %)
<i>Pourcentage en ligne</i>					
Maladies					
	Anxiété chronique	35,39	1,69	62,92	0
	Dépression chronique	49,54	1,35	49,11	0
	Autisme	27,98	65,8	6,21	0
	Schizophrénie	80,8	7,72	11,48	0
	Trisomie 21	34,33	64,63	1,04	0
	Autres	53,5	22,44	24,06	0
Déficiences					
	Mouvement	21,83	1,36	48,31	28,5
	Parole	53,59	18,99	17,95	9,47
	Ouïe	18,75	0,6	49,01	31,64
	Vue	9,37	0,4	41,71	48,52
	Autres	13,93	1,03	43,29	41,75
ADL					
	se laver	45,62	17,93	26,86	9,59
	s'habiller	39,44	12,45	32,09	16,02
Difficultés pour...	couper la nourriture	49,79	22,29	22,77	5,15
	manger et boire	61,38	26,08	11,72	0,82
	se servir des toilettes	40,76	22,99	28,15	8,11
	se coucher	43,89	10,27	31	14,85
	s'asseoir	50,19	10,14	29,39	10,27
IADL					
	faire les courses	44,37	13,61	32,16	9,86
	préparer les repas	48,51	27,59	19,18	4,72
	les tâches ménagères	45,35	11,71	34,13	8,81
	faire les petits travaux	39,6	9,48	39,73	11,19
Difficultés pour...	faire des démarches administratives	55,28	15,5	20,27	8,94
	prendre les médicaments	53,57	41,85	4,5	0,08
	se déplacer	45,74	21,81	24,36	8,09
	sortir	53,36	23,55	17,94	5,15
	utiliser les transports	49,09	23,19	16,58	11,14
	se servir d'un téléphone	43,96	42,05	10,6	3,39
	se servir d'un ordinateur	39,06	16,74	29,85	14,35
Anciens indicateurs					
	Moteur	32,27	3,42	40,59	23,73
	Limcogn	56,86	6,24	36,9	0
	Pb_vue	23,23	5,87	39,75	31,14
	Pb_ouïe	33,28	2,98	35,93	27,82
	Reconnaissance administrative	37,55	6,76	37,96	17,73

Lecture : 35,39 % des individus ayant déclaré une anxiété chronique appartiennent à la classe 1.

Champ : Personnes âgées de 20 à 59 ans.

Source : HSM.

Pour cela, l'examen des pourcentages en ligne des maladies qui ont été introduites dans notre classification comme variables supplémentaires permettra de vérifier en partie la fiabilité de notre indicateur. La quasi-totalité des personnes ayant déclaré une trisomie 21 appartiennent aux classes 1 et 2. Cependant, un peu plus de 11 % des individus déclarant être schizophrènes et 6 % des autistes font partie de la classe 3. Un autre instrument de vérification consiste à utiliser les données de l'appariement Sniiram de l'enquête HSM et, en particulier, la dépense pour hospitalisation psychiatrique que nous n'avons pas utilisée jusqu'ici car il y a environ 25 % de valeurs manquantes. Ainsi, 22 % des personnes ayant eu une hospitalisation psychiatrique appartiennent à la classe 3 et 8 % n'ont déclaré aucune maladie, limitation ou déficience relatives aux difficultés psychiques et/ou intellectuelles.

Conclusion

L'objectif de cette classification était de former des classes de personnes présentant des difficultés psychiques et/ou intellectuelles globalement homogènes dans la perspective de construire un indicateur de handicap mental pertinent réduisant les biais de déclaration. Cependant, ces biais déclaratifs semblent si importants que même après regroupement des personnes ayant déclaré des troubles similaires, il n'est pas encore certain que ces groupes soient réellement homogènes et il reste difficile de déterminer s'ils peuvent être qualifiés ou non de groupes comprenant des personnes avec un handicap mental. En effet, la notion même de handicap mental, et particulièrement celle de handicap psychique, est déjà difficile à caractériser au cas par cas, ce qui rend l'exercice presque irréalisable au niveau d'une enquête déclarative.

Annexe 2

Descriptif des reconnaissances administratives de handicap

Conditions d'attribution et montant de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH)

Objectifs

L'Allocation aux adultes handicapés (AAH) permet de garantir un revenu minimum aux personnes handicapées.

Conditions d'attribution

Ce droit est ouvert dès lors que la personne handicapée ne peut prétendre à un avantage vieillesse, invalidité ou rente d'accident du travail d'un montant au moins égal à celui de l'AAH. Pour pouvoir bénéficier de l'AAH, la personne handicapée doit remplir un certain nombre de conditions :

- **Conditions d'âge** : avoir plus de 20 ans, ou plus de 16 ans, si la personne n'est plus considérée comme étant à charge pour le bénéfice des prestations familiales. Le versement de l'AAH prend fin à partir de l'âge minimum légal de départ à la retraite en cas d'incapacité de 50 % à 79 %. À cet âge, le bénéficiaire bascule dans le régime de retraite pour inaptitude. En cas d'incapacité d'au moins 80 %, une AAH différentielle (c'est-à-dire une allocation mensuelle réduite) peut être versée au-delà de l'âge minimum légal de départ à la retraite en complément d'une retraite inférieure au minimum vieillesse.
- **Conditions d'incapacité** : le demandeur doit être atteint d'un taux d'incapacité permanente d'au moins 80 %, ou compris entre 50 et 79 %, avec une restriction substantielle et durable d'accès à un emploi du fait de son handicap. Ce taux d'incapacité est apprécié par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) en fonction d'un guide-barème. La restriction est durable dès lors qu'elle est d'une durée prévisible d'au moins un an à compter du dépôt de la demande d'AAH, même si la situation médicale du demandeur n'est pas stabilisée. Elle est reconnue pour une durée de un à deux ans.
- **Conditions de résidence** : le demandeur doit résider de façon permanente (c'est-à-dire avoir son domicile habituel) en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer. Les étrangers, à l'exception des ressortissants des États de l'Espace économique européen (EEE), doivent posséder un titre de séjour régulier ou être titulaire d'un récépissé de demande de renouvellement de titre de séjour.
- **Conditions de ressources** : les ressources prises en compte pour l'attribution de l'AAH sont l'ensemble des revenus nets catégoriels du demandeur et de son conjoint, concubin ou pacsé, retenus pour l'établissement de l'impôt sur le revenu. Ces ressources ne doivent pas dépasser un plafond annuel fixé à 9 319,08 € pour une personne seule, 18 638,16 € pour une personne vivant en couple. Ce plafond est majoré de 4 659,54 € par enfant à charge. En 2008, les ressources du bénéficiaire ne devaient pas dépasser un plafond an-

nuel de 7 537,20 € (pour une personne seule), ou 15 074,40 € (lorsque la personne est en couple). Ce plafond était majoré de 3 768,60 € par enfant à charge.

Montants

Le montant de l'AAH varie en fonction des ressources de la personne handicapée et de celles de son conjoint, concubin ou partenaire de Pacs.

- Le montant maximum (personne ne disposant d'aucune ressource) : 776,59 €. Au 1^{er} janvier 2008, le montant était de 628,10 €.
- Lorsque la personne handicapée perçoit une pension (invalidité, rente d'accident du travail, retraite), elle bénéficie d'une allocation mensuelle réduite, dont le montant correspond à la différence entre la moyenne mensuelle de ses autres ressources et les 776,59 € de l'AAH.
- Lorsque la personne handicapée perçoit un revenu d'activité, l'AAH est calculée en fonction d'une partie de ces revenus.
- Cumul avec d'autres prestations : complément de ressources ou majoration pour la vie autonome ou, dans certains cas, aide à l'autonomie.
- Coût total : 7 243 000 €. (Insee).

Conditions d'attribution et montant de la pension d'invalidité

Objectifs

- Bénéficier d'une compensation de la perte de salaire résultant de la réduction de la capacité de travail ou de gain due à la maladie ou à un accident non professionnel.
- Occuper une activité professionnelle selon les modalités adaptées à l'état de santé.

Conditions d'attribution

Vous pouvez être reconnu invalide si votre capacité de travail est réduite d'au moins deux tiers à la suite d'un accident non professionnel ou d'une maladie d'origine non professionnelle. Sous réserve de remplir certaines conditions, vous recevez alors une pension d'invalidité afin de compenser votre perte de salaire.

- Condition d'âge : avant l'âge légal de départ à la retraite.
- Conditions médicales : en raison de votre état de santé, vous ne pouvez percevoir qu'un tiers de la rémunération normale perçue par des travailleurs de même catégorie et travaillant dans la même région que vous.
- Conditions administratives :
 - Durée d'immatriculation : vous devez être immatriculé à la Sécurité sociale depuis au moins douze mois au 1^{er} jour du mois au cours duquel est survenue soit l'interruption de travail suivie d'invalidité, soit la constatation de l'état d'invalidité résultant de l'usure prématurée de l'organisme.
 - Assiette ou durée de travail : vous devez soit avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2 030 fois le Smic horaire au cours des douze mois civils précédant l'interruption de travail, dont 1 015 fois au cours des six premiers mois, soit avoir effectué 800 heures de travail salarié au cours des douze mois précédant l'interruption de travail ou la constatation de l'état d'invalidité, dont 200 heures au moins au cours des trois premiers mois.

Montants

La pension d'invalidité est calculée à partir d'un salaire moyen de base auquel est appliqué un pourcentage variant en fonction de votre catégorie d'invalidité. Pour déterminer le montant de la pension d'invalidité, les invalides sont classés en trois catégories, en fonction de leur situation :

- 1^{re} catégorie : invalides capables d'exercer une activité rémunérée. Le montant de la pension est de 30 % du salaire annuel moyen des dix meilleures années (en 2008 le montant minimum est de 258,10 € / mois et le montant maximum de 831,90 € / mois).
- 2^e catégorie : invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque. Le montant de la pension est de 50 % du salaire annuel moyen des dix meilleures années (en 2008, le maximum est de 1 386,50 € / mois).
- 3^e catégorie : invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie. Le montant de la pension est de 50 % du salaire annuel moyen des dix meilleures années augmenté d'une majoration forfaitaire pour tierce personne (en 2008, le maximum est de 1 386,50 € / mois plus 1 010,82 € / mois).

C'est le médecin-conseil de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) qui détermine votre catégorie d'invalidité.

Outre la pension d'invalidité, **l'Assurance maladie prend aussi en charge à 100 % les frais de santé** dans la limite des tarifs de remboursement de la Sécurité sociale.

En revanche, certains frais de santé ne sont pas pris en charge ou pas totalement :

- Les médicaments à vignette bleue qui sont remboursés à 30 %.
- Le coût des prothèses, des appareillages dentaires et optiques au-delà du tarif de remboursement habituel.
- Les dépassements d'honoraires.
- Les transports.
- Le forfait journalier en cas d'hospitalisation.

Les participations forfaitaires et les franchises médicales restent à ma charge et seront retenues directement sur la pension.

Conditions d'attribution et montant de la rente d'incapacité

Objectifs

À l'issue d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, le salarié peut conserver des séquelles et souffrir d'une diminution durable de ses capacités physiques ou mentales. Dans ce cas, la CPAM détermine un taux d'incapacité permanente (IPP). En fonction de ce taux, le salarié bénéficie, de la part de la CPAM, d'une indemnisation sous forme d'indemnité en capital ou de rente viagère.

Montants

Les indemnités d'incapacité permanente sont de deux types, les indemnités en capital forfaitaire pour les taux d'incapacité inférieurs à 10 %, ou les rentes d'incapacité permanente

pour les taux d'incapacité supérieurs à 10 % ; l'indemnité en capital est versée en une seule fois alors que la rente est une indemnité trimestrielle ou mensuelle.

Montant de l'indemnité en capital versée (au 1^{er} avril 2013)

Taux d'incapacité permanente	Montant de l'indemnité en capital
1 %	410,30 €
2 %	666,88 €
3 %	974,50 €
4 %	1 538,07 €
5 %	1 948,44 €
6 %	2 409,90 €
7 %	2 922,41 €
8 %	3 486,62 €
9 %	4 101,86 €

Ce capital est versé en une seule fois, après expiration du délai de recours. Lorsque le taux est supérieur à 10 %, le salarié perçoit une rente jusqu'à la fin de sa vie. Elle est versée chaque trimestre si ce taux est compris entre 10 et 50 %, et chaque mois s'il est supérieur ou égal à 50 %. Dans les deux cas, elle est exonérée de la Contribution sociale généralisée (CSG) et de la Contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) et non soumise à l'impôt sur le revenu. Si le taux est égal ou supérieur à 66,66 % : **le salarié, son conjoint et ses ayants droit sont exonérés du ticket modérateur pour tous les soins médicaux et remboursements de médicaments (sauf pour ceux à vignette bleue qui sont remboursés à hauteur de 35 %)**. Si le taux est égal ou supérieur à 80 % : la rente est majorée de 40 % si la victime doit avoir recours à une tierce personne pour l'aider dans sa vie quotidienne.

Le montant de la rente est calculé à partir du salaire des douze mois précédant l'arrêt de travail. Il est égal au salaire annuel multiplié par le taux d'incapacité préalablement réduit de moitié pour la partie de taux ne dépassant pas 50 % et augmenté de moitié pour la partie supérieure à 50 %.

Conditions d'attribution et montant de la pension militaire d'invalidité

Objectifs

La Pension militaire d'invalidité (PMI) est une allocation pécuniaire accordée au militaire à titre d'indemnisation des infirmités résultant de blessures ou de maladies imputables au service.

Conditions d'attribution

Au titre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre (CP-MIVG), ce droit est ouvert pour les blessures ou maladies contractées par le fait où à l'occasion du service, dès lors que les infirmités atteignent un taux minimum d'invalidité.

Montants

Le taux d'invalidité est déterminé en application du guide des barèmes des invalidités, par des médecins experts nommés par l'administration. Le taux attribué + le grade détenu = un indice exprimé en nombre de points. La valeur du point d'indice varie périodiquement, aujourd'hui elle est de 13,81 € (au 1^{er} juillet 2010). En multipliant l'indice par la valeur du point, on obtient le montant annuel net de la PMI. Le militaire est en activité de service : le calcul de sa pension se fait au taux du soldat. Dès que le militaire est radié des contrôles : le calcul de sa pension se fait au taux du grade détenu au moment de la radiation. A partir du taux global de 85 % peuvent s'ajouter à la pension principale des allocations aux grands invalides, aux grands mutilés, une aide pour la tierce personne... qui augmentent le montant de la pension. Des majorations pour enfants à charge sont également servies jusqu'à leur majorité. Enfin, toute concession de pension ouvre droit au bénéfice des soins médicaux gratuits pour les affections pensionnées ainsi qu'à l'appareillage.

Conditions d'attribution et montant de l'Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) et de la Prestation de compensation du handicap (PCH)

L'ACTP

Objectifs

L'Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) permet de financer l'aide d'une tierce personne pour les actes essentiels pour les personnes qui ne peuvent les réaliser elles-mêmes en raison d'un handicap.

Conditions d'attribution

L'ouverture du droit à l'ACTP n'est plus possible depuis le 1^{er} janvier 2006 (mise en place de la PCH) mais les droits sont examinés lors de la demande de renouvellement de l'Allocation si la personne ne peut pas ou ne souhaite pas accéder à la PCH. Pour pouvoir continuer à bénéficier de cette prestation, la personne doit avoir un taux d'incapacité permanente d'au moins 80 % (article L821-1 du code de la Sécurité sociale) et avoir besoin de l'aide d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie quotidienne (se laver, marcher, s'habiller, etc.). L'ACTP est une prestation d'aide sociale versée par le Conseil général. Elle est soumise à condition de ressources (8 923,44 € pour une personne seule, 17 846,88 € pour une personne vivant en couple, majorée de 4 461,72 € par enfant à charge, en 2012). Les allocataires de l'ACTP peuvent, à chaque demande de renouvellement postérieure à 2005, opter pour la PCH, s'ils en remplissent les conditions, ou garder l'ACTP. En cas de choix pour la PCH, celui-ci est définitif. Elle concerne les personnes qui ont entre 20 ans (ou au moins 16 ans si la personne n'est plus considérée à la charge de ses parents au sens des prestations familiales) et 60 ans au moment de la demande. Elle existe à domicile et en établissement.

Montants

Le montant est compris, au 1^{er} janvier 2012, entre 424,06 € et 848,13 € par mois en fonction des besoins des personnes. Au 31 décembre 2008, le montant de l'ACTP à taux plein était de 815 € par mois. Au 31 décembre 2008, 66 850 adultes âgés de moins de 60 ans et vivant en ménage ordinaire en France métropolitaine ont des droits ouverts à l'ACTP (Drees).

La PCH

Objectifs

Créée par la loi du 11 février 2005 et entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2006, la Prestation de compensation du handicap (PCH) est une aide personnalisée visant à financer les besoins de compensation des personnes handicapées au regard de leur projet de vie.

Conditions d'attribution

Il est possible de bénéficier de la Prestation à domicile ou en établissement. La personne doit avoir des revenus (hors revenus du travail et allocations) inférieurs à deux fois la majoration tierce personne (soit environ 24 000 € par an) pour toucher intégralement la PCH, sinon elle n'est versée qu'à 80 %. Cette prestation comprend cinq éléments : les aides humaines (élément 1), les aides techniques (élément 2), l'aménagement du logement, du véhicule et les surcoûts éventuels liés aux frais de transport (élément 3), les charges spécifiques ou exceptionnelles (élément 4), les aides animalières (élément 5).

Toute personne handicapée peut bénéficier de la prestation de compensation si :

- son handicap génère de façon définitive ou pour une durée prévisible d'au moins un an :
 - une difficulté absolue pour réaliser au moins une activité essentielle de la vie
 - une difficulté grave pour réaliser au moins deux activités essentielles de la vie
- elle en fait la demande avant 60 ans (sous certaines conditions restrictives, la demande peut être effectuée après 60 ans).

Montants

- Aides humaines :
 - Emploi direct (gré à gré) : 11,57 €/h (130 % du salaire horaire brut sans ancienneté d'une assistance de vie, pour personne dépendante de niveau 3).
 - Service mandataire : 12,73 €/h (majoration de 10 % du tarif emploi direct).
 - Service prestataire : 17,19 €/h (soit 170 % du salaire horaire brut d'auxiliaire de vie ayant moins d'un an d'ancienneté).
 - Dédommagement (intervenants familiaux) : 3,25 €/h (50 % du Smic horaire net applicable aux emplois familiaux).
 - Dédommagement si renoncement total ou partiel d'activité : 4,88 €/h (75 % du Smic horaire net applicable aux emplois familiaux).
- Le dédommagement familial mensuel de chaque aidant familial ne peut en principe dépasser 85 % du Smic mensuel net calculé sur la base de 35 heures par semaine applicable aux emplois familiaux. Ce montant est majoré de 20 % et s'établit donc à 1 061,27 € lorsque l'aidant familial n'exerce aucune activité professionnelle afin d'apporter une aide à une personne handicapée, ou que l'état de la personne handicapée nécessite à la fois une aide totale pour la plupart des actes essentiels de la vie.
- Aides techniques : le montant maximum attribué est de 3 960 € / période de trois ans.
- Aides pour les surcoûts liés au transport : 75 % du surcoût dans la limite de 5 000 € pour toute période de cinq ans, soit 83 € / mois.

- Aides liées à l'aménagement du véhicule :
 - 5 000 € pour toute période de cinq ans.
 - Tranche de 0 à 1 500 € : 100 %.
 - Tranche au-delà de 1 500 € : 75 % dans la limite du montant total attribuable.
- Aides spécifiques : dépenses permanentes ou prévisibles liées au handicap :
 - 100 € / mois et selon les produits : tarif détaillé à l'annexe de l'arrêté du 28 décembre 2005.
 - 75 % du coût dans la limite du plafond maximal, sur toute période de dix ans (protections urinaires, bavoires, entretien prothèses auditives et fauteuils roulants, nutriments).
- Aides exceptionnelles : montant maximal attribuable : 75 % du prix dans la limite du plafond maximal de 1 800 € pour toute période de trois ans
- Aides animalières : 3 000 € pour toute période de cinq ans ou 50 € / mois.
- Forfait cécité : 598 € / mois.
- Forfait surdité : 358,80 € / mois.

Au 31 décembre 2008, 63 750 adultes âgés de moins de 60 ans et vivant en ménage ordinaire en France métropolitaine ont des droits ouverts à la PCH (Drees)

Annexe 3

Tableaux de résultats de l'analyse du recours au test du cholestérol

Tableau annexe 3-1 Recours au dépistage du cholestérol pour les personnes déclarant des limitations fonctionnelles

Tableau complet présenté en annexe électronique
www.irdes.fr/donnees/560-l-access-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.xls

		Modèle 1 (caractéristiques démographiques + besoins de soins)	Modèle 2 (modèle 1 + caractéristiques sociales)	Modèle 3 (modèle 2 + caractéristiques géographiques)
Recours au dépistage du cholestérol (N = 9 539)				
Fauteuil roulant	Effets marginaux	0,0312	-0,0060	-0,0128
	Ecart types	-0,0410	-0,0486	-0,0494
Limitations motrices mais pas en fauteuil roulant	Effets marginaux	0,0152	0,0358	0,0345
	Ecart types	-0,0227	-0,0220	-0,0221
Limitations cognitives	Effets marginaux	-0,0085	0,0157	0,0164
	Ecart types	-0,0254	-0,0248	-0,0247
Limitations visuelles	Effets marginaux	0,0114	0,0188	0,0253
	Ecart types	-0,0369	-0,0368	-0,0361
Limitations auditives	Effets marginaux	-0,0233	-0,0231	-0,0287
	Ecart types	-0,0388	-0,0388	-0,0390

Lecture : Les personnes déclarant au moins une limitation motrice ne présentent pas de différence significative de recours au dépistage du cholestérol par rapport aux personnes sans limitations fonctionnelles à sexe, âge, niveau social et situation géographique équivalents.

Source : HSM, calculs Irdes.

Tableau annexe 3-2 Recours au dépistage du cholestérol en fonction du score de limitations fonctionnelles

Tableau complet présenté en annexe électronique
www.irdes.fr/donnees/560-l-access-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.xls

		Modèle 1 (caractéristiques démographiques + besoins de soins)	Modèle 2 (modèle 1 + caractéristiques sociales)	Modèle 3 (modèle 2 + caractéristiques géographiques)
Recours au dépistage du cholestérol (N = 9 539)				
Score de limitations motrices	Effets marginaux	0,0071	0,0122*	0,0111
	Ecart types	-0,0069	-0,0071	-0,0072
Score de limitations cognitives	Effets marginaux	-0,0062	0,0051	0,0049
	Ecart types	-0,0098	-0,0105	-0,0105
Limitations visuelles	Effets marginaux	0,0126	0,0179	0,0248
	Ecart types	-0,0372	-0,0372	-0,0365
Limitations auditives	Effets marginaux	-0,0223	-0,0211	-0,0264
	Ecart types	-0,0389	-0,0392	-0,0394

Lecture : L'augmentation du score de limitations motrices n'induit pas d'effets significatifs sur la probabilité de recourir au dépistage du cholestérol à sexe et âge équivalents.

Source : HSM, calculs Irdes.

L'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap...

Tome 1 – Résultats sur l'enquête Handicap-Santé volet Ménages

Annexe 3 Tableaux de résultats de l'analyse du recours au test du cholestérol

Irdes juin 2015

Tableau annexe 3-3 Recours au dépistage du cholestérol en fonction de la reconnaissance administrative de handicap

Tableau complet présenté en annexe électronique
www.irdes.fr/donnees/560-l-access-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.xls

		Modèle 1 (caractéristiques démographiques + besoins de soins)	Modèle 2 (modèle 1 + caractéristiques sociales)	Modèle 3 (modèle 2 + caractéristiques géographiques)
Recours au dépistage du cholestérol (N = 9 539)				
Reconnaissance administrative	Effets marginaux	0,0348**	0,0448**	0,0400**
	Ecart types	-0,0286	-0,0180	-0,0183

Lecture : Les personnes déclarant bénéficier d'une reconnaissance administrative de handicap affichent une probabilité de recours au dépistage du cholestérol augmentée d'environ 3 points par rapport aux personnes sans limitations fonctionnelles à sexe, âge, niveau social et situation géographique équivalents.

Source : HSM, calculs Irdes.

Tableau annexe 3-4 Recours au dépistage du cholestérol en fonction du type de reconnaissance administrative de handicap

Tableau complet présenté en annexe électronique
www.irdes.fr/donnees/560-l-access-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.xls

		Modèle 1 (caractéristiques démographiques + besoins de soins)	Modèle 2 (modèle 1 + caractéristiques sociales)	Modèle 3 (modèle 2 + caractéristiques géographiques)
Recours au dépistage du cholestérol (N = 9 539)				
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	Effets marginaux	-0,0423	-0,0067	-0,0099
	Ecart types	-0,0331	-0,0342	-0,0343
Pension d'invalidité	Effets marginaux	0,0892***	0,0682**	0,0643**
	Ecart types	-0,0243	-0,0271	-0,0276
Rente d'incapacité	Effets marginaux	0,0705	0,0662	0,0552
	Ecart types	-0,0430	-0,0427	-0,0446
Autres reconnaissances de handicap	Effets marginaux	0,0302	0,0228	0,0200
	Ecart types	-0,0276	-0,0288	-0,0292

Lecture : Les personnes déclarant bénéficier d'une AAH n'affichent pas de différences significatives de recours au dépistage du cholestérol par rapport aux personnes sans limitations fonctionnelles à sexe, âge et scores de limitations fonctionnelles équivalents.

Source : HSM, calculs Irdes.

Tableau annexe 3-5 Recours au dépistage du cholestérol en fonction du croisement entre les limitations fonctionnelles et la reconnaissance administrative de handicap

Tableau complet présenté en annexe électronique
www.irdes.fr/donnees/560-l-access-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.xls

		Modèle 1 (caractéristiques démographiques + besoins de soins)	Modèle 2 (modèle 1 + caractéristiques sociales)	Modèle 3 (modèle 2 + caractéristiques géographiques)
Recours au dépistage du cholestérol (N = 9 539)				
Limitations fonctionnelles reconnues	Effets marginaux	0,0403**	0,0584***	0,0544***
	Ecart types	-0,0174	-0,0193	-0,0197
Limitations fonctionnelles non reconnues	Effets marginaux	-0,0168	0,0111	0,0105
	Ecart types	-0,0234	-0,0225	-0,0225
Pas de limitations fonctionnelles mais reconnaissance administrative du handicap	Effets marginaux	0,0209	0,0280	0,0217
	Ecart types	-0,0273	-0,0276	-0,0282

Lecture : Les personnes déclarant cumuler des limitations fonctionnelles et une reconnaissance administrative de handicap affichent une probabilité de recours au dépistage du cholestérol augmentée d'environ 4 points par rapport aux personnes sans limitations fonctionnelles ni reconnaissance administrative à sexe et âge équivalents.

Source : HSM, calculs Irdes.

Annexe 4

Les modèles économétriques

Deux types de régression sont utilisés pour produire les résultats de ce rapport : les régressions logistiques pour analyser le recours aux soins, et les régressions linéaires pour analyser la consommation de soins. La régression logistique binaire permet d'exprimer une variable à expliquer binaire (tel que le fait d'avoir ou non recouru à des soins) en fonction de variables explicatives. La régression linéaire multiple permet d'exprimer une variable à expliquer continue en fonction de variables explicatives. Les coefficients calculés des régressions logistiques et linéaires correspondent aux effets marginaux qui s'interprètent directement comme les variations de probabilités de la variable à expliquer en fonction des variables explicatives.

La régression logistique binaire est un cas particulier de la régression linéaire généralisée, la principale différence est la variable à expliquer (variable à expliquer binaire et non continue comme dans la régression linéaire). Les hypothèses sont donc les mêmes que pour le modèle linéaire. Les trois principales hypothèses sont les suivantes :

- La variance des erreurs est la même pour toutes les valeurs des variables explicatives (homoscédasticité).
- Les erreurs sont linéairement indépendantes.
- Les erreurs sont normalement distribuées.

Des tests réalisés sur les régressions ont fait apparaître de l'hétéroscédasticité. Cette hétéroscédasticité a été corrigée grâce à l'utilisation de régressions à écart-type robuste. En effet, l'utilisation de régressions à écart-type robuste permet d'assurer une distribution linéaire des résidus ainsi que leur homoscédasticité. Enfin, des tests pour détecter la multicollinéarité ont également été réalisés mais ne présentaient pas de résultats inquiétants. Une brève présentation de ces tests est proposée ci-dessous ainsi que le test de Wald qui a servi dans l'étude à comparer les coefficients de deux variables explicatives.

Test et correction de l'hétéroscédasticité

Le test de Breush-Pagan sert à tester l'hétéroscédasticité. Il teste la constance de la variance résiduelle. C'est un test du multiplicateur de Lagrange avec l'hypothèse nulle $H_0 : \sigma_u^2 = 0$ et l'hypothèse alternative $H_1 : \sigma_u^2 \neq 0$.

Si le modèle est hétéroscédastique, l'estimateur au sens des moindres carrés ordinaires n'est plus de variance minimum et les différentes procédures d'inférence statistique doivent être modifiées en conséquence. Afin de corriger cette hétéroscédasticité, on peut utiliser une régression à écart-type robuste. De plus, cette régression permet également de fournir des prédictions peu sensibles aux points aberrants et valides quand les résidus des observations ne suivent pas une loi normale. Plusieurs méthodes de régressions à écart-type robuste existent, l'une d'elles étant la correction par la matrice de White. La correction par la matrice de White fournit une estimation convergente de la matrice de variance-covariance des paramètres estimés.

Dans le cas d'aléas hétéroscédastiques la matrice de variance-covariance de l'estimateur MCO est donné par :

$$(X'X)^{-1}(X'\Omega X)(X'X)^{-1}$$

$$\text{Avec } \Omega = \begin{bmatrix} \sigma_1^2 & \dots & 0 \\ \vdots & \ddots & \vdots \\ 0 & \dots & \sigma_N^2 \end{bmatrix}$$

$$\text{Soit : } \Sigma = \frac{X'\Omega X}{N} = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N \sigma_i^2 x_i x_i'$$

$$\text{White a montré que, } \hat{\Sigma} = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N e_i^2 x_i x_i'$$

Où e_i^2 est le carré des résidus MCO, est un estimateur convergent de Σ . Ainsi, lorsque la forme de l'hétéroscédasticité des aléas est inconnue, White propose d'estimer le modèle par les MCO et de calculer la matrice variance-covariance de $\hat{\beta}_{MCO}$ selon la formule :

$$N(X'X)^{-1} \hat{\Sigma} (X'X)^{-1}$$

Détection de la multicolinéarité

Le calcul de la « *variance inflation factor* » (VIF) permet de détecter la multicolinéarité dans un modèle linéaire. Le VIF est la réciproque de la tolérance, celle-ci étant obtenue par la régression d'une variable explicative sur toutes les autres variables explicatives du modèle (R_j avec $j=1, \dots, J$). J est le nombre de variables explicatives.

$$TOL_j = 1 - R_j^2$$

$$VIF_j = \frac{1}{1 - R_j^2}$$

Le VIF permet d'indiquer l'augmentation en présence de multicolinéarité de la variance des coefficients. Lors de l'absence totale de multicolinéarité, le VIF vaut 1. Lorsqu'il dépasse 5, on peut admettre une multicolinéarité sévère. En effet, cela signifie que l'erreur-type de la variance est $\sqrt{5} = 2,24$ fois plus grande que celle obtenue en l'absence totale de multicolinéarité.

Le test de Wald

Dans le but de comparer les résultats de différentes variables explicatives dans un modèle logistique, il est nécessaire de tester la nullité de leurs coefficients. Pour cela, la généralisation de Wald W_q va tester la nullité de q coefficients. W_q suit une loi du χ^2 à q degrés de liberté :

$$W_q = \hat{a}'_q * \widehat{\Sigma}_q^{-1} * \hat{a}_q$$

Où \hat{a}_q est le sous-vecteur des valeurs observées des coefficients et $\widehat{\Sigma}_q$ est la sous matrice de variance-covariance associé à ces coefficients. Ainsi, on va tester l'hypothèse que les q coefficients soit égaux : $H_0 : a_1 = a_2 = \dots = a_q = 0$.

Annexe 5

Tableau de statistiques descriptives

Tableau annexe 5-1 Statistiques descriptives de l'indicateur de croisement entre les limitations fonctionnelles et la reconnaissance administrative de handicap des personnes âgées de 20 à 59 ans

	Limitations fonctionnelles reconnues		Pas de limitations / Reconnaissance de handicap		Ensemble des 20-59 ans
	Oui	Non	Oui	Non	
Limitations fonctionnelles					
Allocation adulte handicapé (AAH)	41,92	0	22,28	0	2,00
Pensions d'invalidité	34,77	0	34,53	0	2,00
Rentes d'incapacité	11,31	0	24,95	0	0,94
Pension militaire invalidité	1,17	0	1,94	0	0,08
Prestation de compensation du handicap (PCH)	0,97	0	0	0	0,17
Allocation compensation tierce personne (ACTP)	4,27	0	0,86	0	0,04
Emploi de travailleur handicapé	23,06	0	17,86	0	0,47
Emploi financé par Agefiph ¹ ou FIPHFP ²	17,22	0	15,71	0	0,59
Carte d'invalidité	51,43	0	21,81	0	2,34
Type de reconnaissance administrative					
Limitations motrices	65,55	36,94	0	0	5,93
Limitations cognitives	50,87	46,27	0	0	6,3
Limitations auditives	14,8	19,66	0	0	2,42
Limitations visuelles	15,56	14,41	0	0	1,95
1 catégorie de limitations fonctionnelles	63,88	85,34	0	0	10,49
2 catégories de limitations fonctionnelles	27,05	12,19	0	0	2,16
3 ou 4 catégories de limitations fonctionnelles	9,08	2,47	0	0	0,57
Sexe					
Homme	53,46	41,07	62,18	49,46	49,06
Femme	46,54	58,93	37,82	50,54	50,94
Age					
20-26 ans	5,08	8,64	4,41	15,11	13,9
26-31 ans	5,19	6,04	3,83	12,73	11,63
31-36 ans	6,67	8,32	5,95	12,13	11,43
36-41 ans	10,12	13,24	13,83	14,42	14,13
41-46 ans	12,91	12,78	17,65	13,07	13,14
46-51 ans	16,26	17,39	13,67	12,76	13,34
51-56 ans	21,87	19,56	19,14	11,03	12,42
56-60 ans	21,91	14,02	21,51	8,75	10,01
Revenu mensuel					
< 861 €	37,39	29,3	26,05	17,4	19,48
861-1 281 €	31,65	28,2	29,52	24,42	25,14
1 281-1 821 €	17,57	23,05	24,8	28,18	27,22
≥ 1 821 €	13,39	19,46	19,63	30	28,17
Diplôme					
> Bac	8,65	12,03	12,84	34,04	30,57
Bac	8,33	14,28	14,72	19,12	18,17
CAP	28,56	33,93	29,85	26,01	26,94
Brevet	5,33	7,32	8,55	5,74	5,93
Certificat d'études	9,29	8,17	8,52	3,61	4,35
Pas de diplôme	39,84	24,27	25,52	11,48	14,04
Protection sociale					
CMU-C	11,3	12,08	8,94	6,22	7,05
Complémentaire santé	17,79	59,23	41,59	75,56	71,09
Complémentaire santé + exonération	59,66	19,98	40,27	10,94	14,19
Pas de complémentaire santé mais exonération	8,08	2,16	4,88	1	1,45
Pas de complémentaire santé et pas d'exonération	1,39	5,9	2,83	5,87	5,64

¹ Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées.

² Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la Fonction publique.

Lecture : Parmi les personnes âgées de 20 à 59 ans ayant déclaré des limitations fonctionnelles et une reconnaissance de handicap, 41,82 % déclarent bénéficier de l'AAH.

Source : HSM, calculs Irdes.

Bibliographie

- Allonier C., Boisguérin B., Le Fur P. (2012). « Les bénéficiaires de la CMU-C déclarent plus de pathologies que le reste de la population. Résultats des enquêtes ESPS 2006-2008. » Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n°173, février.
- Anderson T.J., Grégoire J., Hegele R.A., Couture P., Mancini J.G.B, McPherson R., Francis G.A., Poirier P., Lau D.C., Grover S., Genest J., Carpentier A.C., Dufour R., Gupta M., Ward R., Leiter L.A., Lonn E., Ng D.S., Pearson G.J., Yates G.M., Stone J.A., Ur E. (2012). "2012 Update of the Canadian Cardiovascular Society Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Dyslipidemia for the Prevention of Cardiovascular Disease in the Adult". *Canadian Journal of Cardiology*, 29 (2013); 151-167.
- Assistance Publique et Hôpitaux de Paris (2003). « Vie de femme et handicap moteur ». In Mission Handicap (Ed.).
- Bahu M., Mermilliod C., Volkoff S. (2012). « Conditions de travail pénibles au cours de la vie professionnelle et état de santé après 50 ans ». Drees, *Revue française des affaires sociales* n° 2012 (4).
- Beatty P.W., Hagglund K.J., Neri M.T., Dhont K.R., Clark M.J., Hilton S.A. (2003). "Access to Health Care Services among People with Chronic or Disabling Conditions: Patterns and Predictors". *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 84(10), 1417-1425.
- Becker A., Shapira J. (1996). "Orthodontics for the Handicapped Child". *European Journal of Orthodontics*, 18, 55-67.
- Becker A., Shapira J., Chaushu S. (2001). "Orthodontic Treatment for Disabled Children. A Survey of Patient and Appliance Management". *Journal of Orthodontics*, vol. 28, 39-44.
- Belot A, Grosclaude P., Bossard N., Jouglà E., Benhamou E., Delafosse P., Guizard AV., Molinié F., Danzon A., Bara S., Bouvier A-M., Trétarre B., Bonder-Foucard F., Cólonna M., Daubisse L., Hédelin G., Launoy G., Le Stang N., Maynadié M., Monnereau A., Troussard X., Faivre J., Collignon A., Janoray I., Arveux P., Buemi A., Raverdy N., Schvartz C., Bovet M., Chérié-Challine L., Estève J., Remontet L., Velten M. (2008). « Incidence et mortalité des cancers en France durant la période 1980-2005 ». *Revue Epidémiologique de Santé Publique*, Jun;56(3): 159-75, Epub Jun 10.
- Bertrand L. (2013). « Politiques sociales du handicap et politiques d'insertion : continuités, innovations, convergences ». *Politiques sociales et familiales*, n°111, mars.
- Bickenbach J.E., Chatterji S., Badley E.M., Ustün T.B. (1999). "Models of Disablement, Universalism and the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps". *Social Science and Medicine*, May; 48(9): 1173-87.

- Chan L., Ciol M.A., Shumway-Cook A., Yorkston K.M., Dudgeon B.J., Asch S.M., Hoffman J.M. (2008). "A Longitudinal Evaluation of Persons with Disabilities: Does a Longitudinal Definition Help Define who Receives Necessary Care?" *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 89(6), 1023-1030.
- Chapireau F. (2001). « La classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé ». *Gérontologie et société*, 2001/4 n° 99, p. 37-56, DOI : 10.3917/g.s.099.0037
- Chevarley F.M., Thierry J.M., Gill C.J., Ryerson A.B., Nosek M.A. (2006). "Health, Preventive Health Care, and Health Care Access among Women with Disabilities in the 1994-1995 National Health Interview Survey, Supplement on Disability". *Womens Health Issues*, 16(6), 297-312.
- Coldefy M., Com-Ruelle L., Lucas-Gabrielli V. (2011). « Distance et temps d'accès aux soins en France métropolitaine ». Irdes, *Questions d'économie de la santé* n°164, avril.
- CREAI (2010). « Dépistage du cancer chez les personnes handicapées. Pratiques en établissement médico-social ». Centre interrégional d'étude, d'action et d'information PACA et Corse en faveur des personnes en situation de handicap ou d'inadaptation.
- CREAI PACA et Corse (2011). « Accès à la mammographie pour les patientes à mobilité réduite ». Centre interrégional d'étude, d'action et d'information Paca et Corse en faveur des personnes en situation de handicap ou d'inadaptation.
- Denormandie P., Ginisty D., Burszty J. (2003). « Prise en charge ophtalmologique et stomatologique de l'enfant et de l'adulte polyhandicapés ». Assistance publique des hôpitaux de Paris.
- Després, C., Dourgnon, P., Fantin, R., Jusot, F. (2011). « Le renoncement aux soins pour raisons financières: une approche économétrique ». Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 170, novembre.
- Dorin M., Moysan V., Cohen C., Collet C., Hennequin M. (2006). « Evaluation des besoins en santé bucco-dentaire des enfants et adolescents fréquentant un institut médico-éducatif ou un établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés en France ». *Pratiques et Organisations des Soins*, volume 37 n°4, octobre-décembre.
- Dourgnon P., Jusot F., Sermet C., Silva J. (2009). « Le recours aux soins de ville des immigrés en France ». Irdes, *Questions d'économie de la santé* n°146, septembre.
- Dos Santos S. et Makdessi Y. (2010). « Une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées », Drees, *Etudes et résultats*, n° 710.
- Drew J.A., Short S.E. (2010). "Disability and Pap Smear Receipt among U.S. Women, 2000 and 2005". *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 42(4), 258-266.
- Duport N. (2007). « Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus : Evaluation épidémiologique des quatre départements "pilotes" »
- Duport N. (2008). « Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus : État des connaissances – Actualisation 2008 ». INVS.

- Evenhuis, H.M., Theunissen, M., Denkers, I., Verschuure, H. Kemme, H. (2001). "Prevalence of Visual and Hearing Impairment in a Dutch Institutionalized Population with Intellectual Disability". *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(Pt 5), 457-464.
- Gohet P. (2013). « L'avancée en âge des personnes handicapées. Contribution à la réflexion ». Inspection générale des affaires sociales. Ed. Igas. RM2013-163P
- Goulard H. *et al.* (2010). « Évaluation épidémiologique du dépistage organisé du cancer colorectal en France : Résultats des programmes pilotes au-delà de la première campagne ». Institut national de veille sanitaire (INVS).
- HAS (2010). « Recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France ». juillet.
- HAS (2011). « Audition publique. Accès aux soins des personnes en situation de handicap : synthèse des principaux constats et préconisations ».
- HAS (2012). « Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage », mai.
- HAS (2013). « Dépistage et prévention du cancer colorectal », juin.
- Hescot P. et Moutarde A. (2010). « Rapport de la mission Handicap et santé bucco-dentaire. Améliorer l'accès à la santé bucco-dentaire des personnes handicapées ». Secrétariat d'Etat chargé de la famille et de la solidarité, juillet.
- Hobson R.S., Nunn J.H., Cozma I. (2005). "Orthodontic Management of Orofacial Problems in Young People with Impairments: Review of the Literature and Case Reports. *International Journal of Pediatric Dentistry*, 15(5): 355-63.
- Horner-Johnson W., Dobbertin K., Lee J.C., Andresen E.M. and the Expert Panel on Disability and Health Disparities (2014). "Disparities in Health Care Access and Receipt of Preventive Services by Disability Type: Analysis of the Medical Expenditure Panel Survey". *Health Services Research*. doi: 10,1111/1475-6773,12195
- Igas. (2011). « Evaluation de la prestation de compensation du handicap (PCH) », RM2011-131P.
- Igas (2011). « La prise en charge du handicap psychique ». Août, RM2011-133P.
- Inpes (2012). « Guide des vaccinations ». Edition 2012.
- INVS (2012) « Evaluation du programme de dépistage du cancer colorectal ». www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-colorectal/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal-2010-2011
- Jacob P. (2013). « Un droit citoyen pour la personne handicapée, un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement ». Ministère délégué chargé des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion.

- Krinsky-McHale S.J., Jenkins E.C., Zigman W.B., Silverman W. (2012). "Ophthalmic Disorders in Adults with Down Syndrome". *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2012 974253.
- Lastier D. (2011). « Programme de dépistage du cancer du sein en France : résultats 2007-2008, évolutions depuis 2004 ». INVS.
- Lastier D., Salines E., Rogel A. (2013). « Programme de dépistage du cancer du sein en France : résultats 2010, évolutions depuis 2006 ». INVS, 26 p.
- Limouzin S. (2004). « Accès aux soins buccodentaires pour les personnes handicapées ». rapport.
- Lupi-Pegurier L., Clerc-Urmes I., Abu-Zaineh M., Paraponaris A., Ventelou B. (2011). "Density of Dental Care for the Elderly: A Multilevel Analysis with a View on Socio-Economic Inequality". *Health Policy*, 2011 Dec, 103(2-3): 160-7.
- Maatta T., Kaski M., Taanila A., Keinanen-Kiukaanniemi S., Iivanainen M. (2006). "Sensory Impairments and Health Concerns Related to the Degree of Intellectual Disability in People with Down Syndrome". *Down syndrome Research and Practice*, 11(2), 78-83.
- Montaut A., Calvet L., Bouvier G., Gonzales L. (2013). « L'appariement handicap-santé et données de l'Assurance maladie ». Drees, *Document de travail*, série source et méthodes 39.
- OMS (2002). « Vaccin contre l'hépatite B et sclérose en plaques ». http://www.who.int/vaccine_safety/committee/topics/hepatitisb/multiple_sclerosis/Jun_2002/fr/
- ONDPS (2013). « Etat des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes ». Décembre 2013.
- Parish S.L., Huh J. (2006). "Health Care for Women with Disabilities: Population-Based Evidence of Disparities". *Health and Social Work*, 31(1), 7-15.
- Popplewell N.T.A., Rechel B.P.D., Abel G.A. (2014). "How Do Adults Physical Disability Experience Primary Care ? A Nationwide Cross-Sectional Survey of Access among Patients in England". *Health Services Research. BMJ Open* 2014;4:e004714 doi:10.1136/bmjopen-2013-004714.
- Piotrowski K., Snell L. (2007). "Health Needs of Women with Disabilities Across the Lifespan". *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 36(1), 79-87.
- Ramirez A., Farmer G.C., Grant D., Papachristou T. (2005). "Disability and Preventive Cancer Screening: Results from the 2001 California Health Interview Survey". *American Journal of Public Health*, 95(11), 2057-2064.
- Ravaud J.F., Letourmy A., Ville I. (2002). « Les méthodes de délimitation de la population handicapée : l'approche de l'enquête de l'Insee. Vie quotidienne et santé ». *Population*, 57e année, n°3, 2002 pp. 541-565.
- Roussel P., Giordano G., Cuenot M. (2012). « Approche qualitative des données de santé mentale recueillies dans l'enquête Handicap-Santé-Ménages », EHESP.

- Tufféry S. (2012). « Data Mining et statistique décisionnelle : l'intelligence des données ». Editions Technip.
- UNAPEI (2013). « Pour une santé accessible aux personnes handicapées mentales ». Livre blanc, juin.
- WHO (1980). "International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. A Manual of Classification Relating to the Consequences of Disease".
- Ville I., Ravaud J. F., Letourmy A. (2003). « Les désignations du handicap : des incapacités déclarées à la reconnaissance administrative ». Drees, *Revue française des affaires sociales*.
- WHO (2001). "International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)" <http://www.who.int/classifications/icf/en/>

Liste des tableaux

2. Méthodologie	
2.1. L'enquête Handicap-Santé	
Tableau 1	Les strates de tirage de l'échantillon de deuxième phase 14
2.2. Les marqueurs de handicap	
Tableau 2	Statistiques descriptives des limitations fonctionnelles des personnes âgées de 20 à 59 ans 18
Tableau 3	Distribution des allocations et des emplois pour personnes handicapées 23
Tableau 4	Pourcentage pondéré d'individus bénéficiant d'une reconnaissance administrative de handicap (par type de reconnaissance) en fonction du sexe, de l'âge, des variables socio-économiques et géographiques 24
3. Résultats	
3.1. Les soins dentaires	
Tableau 5	Comparaison de la moyenne de recours aux soins dentaires en fonction des indicateurs de handicap 32
Tableau 6	Recours aux soins dentaires des personnes déclarant des limitations fonctionnelles 32
Tableau 7	Recours aux soins dentaires en fonction des scores de limitations fonctionnelles 34
Tableau 8	Recours aux soins dentaires en fonction de la reconnaissance administrative du handicap 34
Tableau 9	Recours aux soins dentaires en fonction du type de reconnaissance administrative (contrôlé par les scores de limitations fonctionnelles) 34
Tableau 10	Recours aux soins dentaires en fonction du croisement entre les limitations fonctionnelles et la reconnaissance administrative 36
Tableau 11	Consommation de soins dentaires en fonction du score de limitations fonctionnelles 39
Tableau 12	Consommation de prothèses dentaires en fonction du score de limitations fonctionnelles 39
Tableau 13	Consommation de soins dentaires en fonction de la reconnaissance administrative 40
Tableau 14	Consommation de prothèses dentaires en fonction de la reconnaissance administrative 40
Tableau 15	Consommation de soins dentaires en fonction du type de reconnaissance administrative 40
Tableau 16	Consommation de prothèses dentaires en fonction du type de reconnaissance administrative 41

Tableau 17	Consommation de soins dentaires en fonction du croisement des limitations et de la reconnaissance administrative.....	42
Tableau 18	Consommation de prothèses dentaires en fonction du croisement entre les limitations fonctionnelles et la reconnaissance administrative ..	42
3.2. Les soins ophtalmologiques		
Tableau 19	Comparaison de moyennes de recours aux soins ophtalmologiques en fonction des indicateurs de handicap	45
Tableau 20	Recours aux soins ophtalmologiques pour les personnes ayant déclaré des limitations fonctionnelles	46
Tableau 21	Recours aux soins ophtalmologiques pour les personnes ayant déclaré des limitations fonctionnelles, avec niveau fin de détail sur les limitations cognitives.....	46
Tableau 22	Recours aux soins ophtalmologiques en fonction du score de limitations fonctionnelles.....	48
Tableau 23	Recours aux soins ophtalmologiques en fonction de la reconnaissance administrative du handicap	48
Tableau 24	Recours aux soins ophtalmologiques en fonction des types de reconnaissance administrative du handicap.....	48
Tableau 25	Recours aux soins ophtalmologiques en fonction du croisement entre les limitations fonctionnelles et la reconnaissance administrative ..	50
Tableau 26	Consommation de soins ophtalmologiques en fonction du score de limitations fonctionnelles.....	52
Tableau 27	Consommation d'optique en fonction du score de limitations fonctionnelles	52
Tableau 28	Consommation de soins ophtalmologiques en fonction de la reconnaissance administrative	52
Tableau 29	Consommation d'optique en fonction de la reconnaissance administrative.....	52
Tableau 30	Consommation de soins ophtalmologiques en fonction du type de reconnaissance administrative.....	54
Tableau 31	Consommation d'optique en fonction du type de reconnaissance administrative.....	54
Tableau 32	Consommation de soins ophtalmologiques en fonction du croisement entre les limitations fonctionnelles et la reconnaissance administrative ..	56
Tableau 33	Consommation d'optique en fonction du croisement entre les limitations fonctionnelles et la reconnaissance administrative.....	56
3.3. Les soins gynécologiques		
Tableau 34	Comparaison de moyennes de recours aux soins gynécologiques en fonction des indicateurs de handicap	58
Tableau 35	Recours aux soins gynécologiques pour les femmes ayant déclaré des limitations fonctionnelles	58
Tableau 36	Recours aux soins gynécologiques en fonction du score de limitations fonctionnelles	60
Tableau 37	Recours aux soins gynécologiques en fonction de la reconnaissance administrative du handicap	60

Tableau 38	Recours aux soins gynécologiques en fonction u type de reconnaissance administrative (contrôlé par le score de limitations fonctionnelles)	60
Tableau 39	Recours aux soins gynécologiques en fonction du croisement entre les limitations fonctionnelles et la reconnaissance administrative ..	62
Tableau 40	Consommation de soins gynécologiques en fonction du score de limitations fonctionnelles	63
Tableau 41	Consommation de soins gynécologiques en fonction de la reconnaissance administrative de handicap	64
Tableau 42	Consommation de soins gynécologiques en fonction du type de reconnaissance administrative de handicap	64
Tableau 43	Consommation de soins gynécologiques en fonction du croisement entre les limitations fonctionnelles et la reconnaissance administrative de handicap.....	64
3.4. L'accès aux soins préventifs des personnes en situation de handicap		
Tableau 44	Comparaison de moyennes de recours au dépistage du cancer du col de l'utérus en fonction des indicateurs de handicap	67
Tableau 45	Recours au dépistage du cancer du col de l'utérus pour les femmes ayant déclaré des limitations fonctionnelles.....	68
Tableau 46	Recours au dépistage du cancer du col de l'utérus en fonction du score de limitations fonctionnelles	68
Tableau 47	Recours au dépistage du cancer du col de l'utérus en fonction de la reconnaissance administrative	70
Tableau 48	Recours au dépistage du cancer du col de l'utérus en fonction du type de reconnaissance de handicap (contrôlé par les scores de limitations fonctionnelles)	70
Tableau 49	Recours au dépistage du cancer du col de l'utérus en fonction du croisement entre les limitations fonctionnelles et la reconnaissance de handicap.....	71
Tableau 50	Comparaison de moyennes de recours au dépistage du cancer du sein en fonction des indicateurs de handicap	72
Tableau 51	Recours au dépistage du cancer du sein pour les femmes ayant déclaré des limitations fonctionnelles	74
Tableau 52	Recours au dépistage du cancer du sein en fonction du score de limitations fonctionnelles.....	74
Tableau 53	Recours au dépistage du cancer du sein en fonction de la reconnaissance administrative	74
Tableau 54	Recours au dépistage du cancer du sein en fonction du type de reconnaissance administrative (contrôlé par les scores de limitations fonctionnelles)	75
Tableau 55	Recours au dépistage du cancer du sein en fonction du croisement entre les limitations fonctionnelles et la reconnaissance de handicap	76
Tableau 56	Comparaison de moyennes de recours au dépistage du cancer du côlon en fonction des indicateurs de handicap	76
Tableau 57	Recours au dépistage du cancer du côlon pour les personnes déclarant des limitations fonctionnelles	78

Tableau 58	Recours au dépistage du cancer du côlon en fonction du score de limitations fonctionnelles.....	78
Tableau 59	Recours au dépistage du cancer du côlon en fonction de la reconnaissance administrative.....	80
Tableau 60	Recours au dépistage du cancer du côlon en fonction du type de reconnaissance administrative (contrôlé par les scores des limitations fonctionnelles).....	80
Tableau 61	Recours au dépistage du cancer du côlon en fonction du croisement entre les limitations fonctionnelles et la reconnaissance de handicap.....	80
Tableau 62	Comparaison de moyennes de recours à la vaccination contre l'hépatite B en fonction des indicateurs de handicap.....	82
Tableau 63	Recours à la vaccination contre l'hépatite B pour les personnes ayant déclaré des limitations fonctionnelles.....	84
Tableau 64	Recours à la vaccination contre l'hépatite B en fonction du score de limitations fonctionnelles.....	84
Tableau 65	Recours à la vaccination contre l'hépatite B en fonction de la reconnaissance administrative.....	85
Tableau 66	Recours à la vaccination contre l'hépatite B en fonction du type de reconnaissance administrative (contrôlé par le score des limitations fonctionnelles).....	85
Tableau 67	Recours à la vaccination contre l'hépatite B en fonction du croisement entre les limitations fonctionnelles et la reconnaissance administrative.....	86

Annexes

Annexe 1

Note sur l'élaboration d'une classification du handicap psychique à partir des données de l'enquête HSM

Tableau annexe 1-1	Moyenne du nombre de variables actives dans chaque classe.....	97
Tableau annexe 1-2	Statistiques descriptives des variables actives (pourcentages en colonne).....	98
Tableau annexe 1-3	Statistiques descriptives des variables supplémentaires relatives au handicap (Pourcentages en colonne).....	99
Tableau annexe 1-4	Statistiques descriptives des variables supplémentaires relatives aux variables sociodémographiques (Pourcentages en colonne).....	100
Tableau annexe 1-5	Statistiques descriptives des variables actives (Pourcentages en ligne).....	102
Tableau annexe 1-6	Statistiques descriptives des variables supplémentaires (Pourcentages en ligne).....	103

Annexe 3

Tableaux de résultats de l'analyse du recours au test du cholestérol

Tableau annexe 3-1	Recours au dépistage du cholestérol pour les personnes déclarant des limitations fonctionnelles.....	113
Tableau annexe 3-2	Recours au dépistage du cholestérol en fonction du score de limitations fonctionnelles.....	113

Tableau annexe 3-3	Recours au dépistage du cholestérol en fonction de la reconnaissance administrative de handicap	114
Tableau annexe 3-4	Recours au dépistage du cholestérol en fonction du type de reconnaissance administrative de handicap	114
Tableau annexe 3-5	Recours au dépistage du cholestérol en fonction du croisement entre les limitations fonctionnelles et la reconnaissance administrative de handicap	114
Annexe 5		
Tableau de statistiques descriptives		
Tableau annexe 5-1	Statistiques descriptives de l'indicateur de croisement entre les limitations fonctionnelles et la reconnaissance administrative de handicap des personnes âgées de 20 à 59 ans.....	117

Achevé d'imprimer le 17 juin 2015
TCH Réalisation
24-26, rue Gallieni
92100 Boulogne-Billancourt
Dépôt légal : juin 2015

Les dernières publications de l'Irdes



- **Les personnes en situation de handicap vivant à domicile ont un moindre accès aux soins de prévention que celles sans handicap – Une exploitation de l'enquête Handicap-Santé volet Ménages (2008)** / Penneau A., Pichetti S., Sermet C.
Questions d'économie de la santé numéro n° 208. Avril 2015.
- **L'hébergement en institution favorise l'accès aux soins des personnes de moins de 60 ans en situation de handicap en France – Une exploitation de l'enquête Handicap-Santé Ménages et Institutions (2008-2009)** / Penneau A., Pichetti S., Sermet C.
Questions d'économie de la santé n° 207. Mars 2015.



- **Quel est l'impact du système d'indemnisation maladie sur la durée des arrêts de travail pour maladie ?**
Ben Halima M.A., Hyafil-Solelhac V., Koubi M., Regaert C.
Document de travail n° 66. Avril 2015.

- **La survenue du cancer : effets de court et moyen termes sur l'emploi, le chômage et les arrêts maladie**
Barnay T., Ben Halima M.A., Duguet E., Lanfranchi J., Le Clairche C
Document de travail n° 65. Avril 2015.



- **L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012**
Mousquès J., Bourgueil Y.
Rapport Irdes n° 559. Décembre 2014.
- **Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France : d'une vision segmentée à une approche systémique**
Coldefy M., Le Neindre C.
Rapport Irdes n° 558. Décembre 2014.

Abonnements-Diffusion : Irdes 117bis rue Manin 75019 - Paris
www.irdes.fr – Tél. : 01 53 93 43 06/17 – Fax : 01 53 93 43 07
Contact : publications@irdes.fr

La Documentation

Responsable : Marie-Odile Safon

Documentaliste : Véronique Suhard

Assistant de documentation : Damien Le Torrec

Un fonds documentaire spécialisé en économie de la santé, organisation des systèmes de santé, politiques de santé, professionnels de santé, hôpital, etc. composé de 16 000 ouvrages, 200 périodiques, 1 600 *Working papers* de centres de recherche étrangers (National Bureau of Economic Research, Center for Health Economics de York...), et de dossiers thématiques permettant de revisiter l'actualité de la santé depuis les années 1980.

Des produits documentaires à consulter sur le site internet www.irdes.fr (voir ci-dessous).

Consultation du fonds documentaire sur rendez-vous au 01 53 93 43 56/01.

Contact : documentation@irdes.fr

À découvrir sur le site de l'Irdes <http://www.irdes.fr>

Contact : contact@irdes.fr

- Toutes les **publications** de l'Irdes sont mises en ligne dès leur parution.
- La **Lettre d'information** mensuelle de l'Irdes, qui présente les dernières actualités en économie de la santé (publications, séminaires et colloques, 3 questions à un chercheur, graphique du mois...), est envoyée par courriel sur simple inscription : www.irdes.fr/LettreInfo/Inscription.html
Elle est également disponible dans une version anglaise trimestrielle : www.irdes.fr/english/newsletter-in-health-economics-inscription.html
- Les bases de données **Eco-Santé**, outils d'analyse rétrospective des statistiques de santé, sont conçues pour créer des tableaux, des graphiques ou réaliser des cartes à partir de données officielles récentes.
- Des **produits documentaires** élaborés par la Documentation : Doc Veille et Doc News, deux veilles thématiques bimensuelles, l'une bibliographique réalisée à partir de la littérature scientifique en santé, l'autre de la presse santé en ligne ; et aussi des synthèses thématiques, le glossaire spécialisé français/anglais...

L'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap en France

Tome 2 - Résultats de l'enquête Handicap-Santé volet Institutions

Même si des progrès ont été faits en matière d'égalité des droits et des chances des personnes en situation de handicap (cf. loi du 11 février 2005), la question de leur accès aux soins courants et à la prévention demeure d'actualité. Le manque de données permettant d'identifier et de caractériser cette population ainsi que de mesurer son recours aux soins dans les enquêtes santé en population générale participait d'expliquer le peu d'études françaises sur le sujet. Les enquêtes Handicap-Santé Ménages et Institutions, réalisées par la Drees et l'Insee en 2008-2009, ont en partie comblé ce manque livrant des informations sur le type, la gravité ou la reconnaissance administrative du handicap.

Mais si, jusqu'à présent, les études existantes traitaient de problèmes spécifiques d'accès aux soins des personnes en situation de handicap, jamais encore elles n'avaient offert un panorama global de l'accès aux soins courants et de prévention de cette population. C'est le cas dans ce rapport réalisé à partir d'une même base de données et selon une méthodologie partagée pour tous les soins. Composé de deux tomes, l'un centré sur les ménages, l'autre sur les personnes handicapées résidant en institution, il concerne trois soins courants (les soins dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques) et quatre actes de dépistage et de prévention (dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus, colorectal et vaccination contre l'hépatite B). Ce premier tome du rapport présente ainsi les résultats pour les personnes handicapées vivant à domicile.

Mots-clés : Handicap, recours aux soins, soins courants, soins préventifs, Enquête Handicap-Santé Ménages et Institutions, inégalités socio-économiques, Établissements médico-sociaux.

Irdes
117Bis rue Manin
75019 Paris
Tél. : 01 53 93 43 00
www.irdes.fr

IRDÉS
Institut de recherche
et documentation en
économie de la santé

Imprimé en France
Référence : 1982
ISBN : 978-2-87812-410-1
Prix net : 20 euros
© juillet 2015