

Reproduction sur d'autres sites interdite  
mais lien vers le document accepté :

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/197-1-acces-aux-soins-dentaires-ophtalmologiques-et-gynecologiques-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.pdf>

## L'accès aux soins dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques des personnes en situation de handicap en France

### Une exploitation de l'enquête Handicap-Santé Ménages

Pascale Lengagne, Anne Penneau, Sylvain Pichetti, Catherine Sermet (Irdes)

Peu d'études françaises ont jusqu'à présent analysé la question du recours aux soins des personnes en situation de handicap. Les enquêtes Handicap, Santé, Ménages (HSM) et Institutions (HSI) réalisées par la Drees et l'Insee en 2008-2009 ont en partie comblé le manque de données sur le handicap. A travers l'enquête HSM, trois soins médicaux courants – les soins dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques – ont été explorés ici au sein d'une population âgée de 20 à 59 ans. L'analyse repose sur deux indicateurs définissant le handicap : les limitations fonctionnelles (limitations motrices, cognitives, visuelles ou auditives) et la reconnaissance administrative du handicap, mesurée par l'accès à des prestations, allocations, emplois ou droits spécifiques.

Cette première étude met en évidence un moindre accès aux soins dentaires et gynécologiques des personnes en situation de handicap, quel que soit l'indicateur de handicap utilisé. En revanche, elle ne montre pas de problème d'accès aux soins ophtalmologiques. Ce différentiel d'accès peut s'expliquer par la situation sociale des personnes handicapées, qui appartiennent plus souvent à des milieux sociaux plus défavorisés. D'autres problèmes d'accessibilité physique aux structures ou aux transports peuvent également exister. Enfin, une concentration des inégalités d'accès aux soins courants est observée chez les personnes relevant de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH). Ces dernières cumulent des revenus plus faibles que les allocataires des pensions et rentes d'invalidité et ne bénéficient pas de la prise en charge à 100 % de leurs soins.

D'autres études sur le handicap suivront, analysant le recours à d'autres soins, en particulier préventifs, ainsi que l'accès aux soins des personnes prises en charge en institution.

**L**es 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. Une audition publique conduite par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2008 soulignait que si la société française avait progressé sur l'essentiel des soins spécifiques au handicap, les obstacles à l'accès aux soins courants étaient encore multiples (HAS, 2011).

De nombreuses études étrangères, essentiellement aux Etats-Unis, font le constat

d'un moindre recours aux soins des personnes handicapées, notamment pour les soins préventifs (les examens ophtalmologiques de routine, le dépistage des cancers tels que la mammographie, le frottis cervico-vaginal, le dosage des antigènes spécifiques de la prostate) [Chan *et al.*, 2008; Drew et Short, 2010]. Le constat est le même concernant les soins curatifs : le recours aux soins médicaux, dentaires, aux soins de

spécialistes, à la rééducation, aux médicaments et aux lunettes sont moins fréquents (Chevarley *et al.*, 2006 ; Parish et Huh, 2006).

Parmi l'ensemble des soins courants, les soins dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques représentent un enjeu important d'accès pour les personnes en situation de handicap, comme le souligne le rapport Jacob de 2013 qui préconise une systématisation du suivi préventif pour ces trois types de soins (Jacob, 2013). La santé bucco-dentaire est non seulement un indicateur de santé globale – une mauvaise santé bucco-dentaire a un impact sur le système immunitaire et respiratoire, les comportements alimentaires et la qualité de vie – mais également un indicateur d'intégration sociale, un mau-

vais état bucco-dentaire détériorant le sourire, l'haleine et les fonctions langagières (Hescot et Moutarde, 2010). L'accès aux soins ophtalmologiques doit également faire l'objet d'une attention particulière, et ce d'autant que certains handicaps sont susceptibles de générer des difficultés visuelles qui accroissent le besoin de soins (Krinsky-McHale *et al.* 2012). Enfin, pour les femmes en situation de handicap, la prévention des infections sexuellement transmissibles, le droit à une vie affective et sexuelle, à la maternité et à la contraception justifient l'attention portée à l'accès aux soins gynécologiques (Jacob, 2013).

A ce jour, peu d'études françaises ont analysé la question du recours aux soins courants des personnes en situation de handicap, ce qui peut s'expliquer par l'absence, qui a longtemps prévalu, de données permettant de caractériser cette population et de mesurer son recours aux soins dans les enquêtes de santé en population générale. Les enquêtes Handicap-Santé Ménages (HSM) et Institutions (HSI) réalisées par la Drees et l'Insee en 2008-2009 ont en partie comblé ce manque.

Ce *Questions d'économie de la santé* présente le premier volet d'une étude sur le recours aux soins de la population en situation de handicap. Il explore, avec les données de l'enquête HSM de 2008 (encadré Source), trois soins médicaux courants au sein d'une population âgée de 20 à 59 ans : les soins dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques. 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 la place aux prestations réservées aux personnes âgées (Gohet, 2013).

### Le repérage du handicap

Selon la définition du handicap que l'on retient – incapacité à réaliser un acte essentiel de la vie courante, limitations physiques, limitations cognitives, reconnaissance administrative, etc. –, on dénombre entre 660 000 et 6,2 millions de personnes en situation de handicap (Dos Santos et Makdessi, 2010).

Ce *Questions d'économie de la Santé* présente une première partie des résultats obtenus dans le cadre d'un projet de recherche visant à explorer l'accès aux soins courants (soins dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques) et préventifs (frottis, mammographie, dépistage du cancer du côlon, vaccination contre l'hépatite B, dépistage du cholestérol) des personnes en situation de handicap à domicile ou en institution. Pour ce projet, l'Irdes a bénéficié d'un financement de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) dans le cadre d'un appel à projet de l'Institut de recherche en santé publique (Iresp) en 2011. Le projet vise à mesurer l'utilisation des soins et la charge financière qui en résulte, à rechercher – à « pathologie et facteurs de risques comparables » – l'existence d'inégalités d'accès et à évaluer l'impact des inégalités sociales sur les inégalités d'accès.

L'existence de multiples indicateurs, et par conséquent l'incertitude sur les effectifs, s'explique par le fait que le handicap n'est pas assimilable à un problème physiologique ou mental facilement classé dans une catégorie de diagnostic. Il résulte de l'interaction entre une composante de l'organisme (déficience d'une fonction ou d'une structure anatomique, limitations fonctionnelles et restrictions de participation) et des facteurs environnementaux et personnels parmi lesquels on peut citer l'environnement physique et social, les normes culturelles et économiques, les perceptions et les stéréotypes de la société dans laquelle vit l'individu, etc. (Brouard, 2004 ; Yee et Breslin, 2010). Il en résulte une très grande diversité de situations et une population très hétérogène, particulièrement vulnérable en matière d'insertion dans la société.

L'analyse du recours aux soins a été réalisée ici selon deux indicateurs. Le premier porte sur les limitations fonctionnelles qui sont l'ensemble des difficultés rencontrées par une personne pour se déplacer, monter un escalier, voir, entendre... Cet indicateur permet une catégorisation des différents types de handicap, moteur, cognitif, visuel ou auditif, utile pour analyser si une forme particulière de handicap est associée à un moindre recours aux soins. Seules les limitations entraînant beaucoup de difficultés ou intervenant fréquemment ont été retenues, afin d'exclure des situations sans gravité ou très occasionnelles. Par ailleurs, pour introduire une notion de gravité dans la

## SOURCE

### L'enquête Handicap-Santé

L'enquête Handicap-Santé comprend un volet « ménages » dont les informations ont été collectées en 2008, et un volet « institutions » dont les personnes ont été enquêtées en 2009 par l'Insee. Les résultats présentés dans ce *Questions d'économie de la santé* proviennent du traitement des données du volet « ménages » qui concernent les personnes vivant à domicile. Ces données ont été recueillies en deux étapes : un premier questionnaire sur la « vie quotidienne et la santé (VQS) » a d'abord été diffusé, dans l'objectif de constituer une base de sondage pour préparer la diffusion de l'enquête principale (seconde phase). Les réponses à l'enquête VQS ont permis de calculer un « score » de handicap allant de 0 à 100 pour chaque individu. Par la suite, quatre strates de tirage de l'échantillon pour la seconde phase sont formées en fonction du score et de l'âge de l'individu.

L'échantillonnage de HSM a été réalisé par strates en fonction de l'échantillonnage géographique de l'enquête VQS et des quatre groupes de sévérité de handicap. Les groupes présentant une situation présumée sévère de handicap ont été surreprésentés, d'où la nécessité de pondérer les statistiques descriptives et les modèles économétriques présentés.

L'enquête comporte des questions permettant d'évaluer l'état de santé de 29 931 individus, de repérer leurs handicaps et de décrire leur environnement social et familial. L'appariement de l'enquête HSM avec les données du Sniiram permet en outre de récupérer les dépenses et les restes à charge d'environ 70 % des enquêtés. L'appariement permet en théorie d'analyser les questions de recours aux soins en se basant sur le recours objectif tel qu'il est renseigné dans les données de l'Assurance maladie. Toutefois, cette stratégie d'utilisation des données appariées n'a pas été suivie compte tenu des limites qui pèsent sur l'appariement, les personnes non appariées n'ayant pu être identifiées en tant que consommateurs ou non consommateurs de soins.

catégorie des limitations motrices, les personnes en fauteuil roulant ont été regroupées dans une classe séparée. Le deuxième indicateur est la reconnaissance administrative du handicap, mesurée par l'accès à des prestations, allocations, emplois ou droits spécifiques. La reconnaissance administrative officialise, et permet donc d'objectiver, certaines situations de handicap. Cette approche permet de tester l'influence du type d'allocations perçues sur l'accès aux soins : certaines reconnaissances administratives de handicap (pensions d'invalidité, rente d'incapacité) induisent une prise en charge du ticket modérateur dans la limite du tarif de remboursement de la Sécurité sociale tandis que d'autres motifs (allocation aux adultes handicapés, AAH) n'emportent aucune conséquence à ce niveau.

### Les limitations fonctionnelles : limitations motrices, cognitives, visuelles ou auditives

L'enquête Handicap-Santé identifie quatre catégories de limitations fonctionnelles : les limitations motrices, cognitives, visuelles ou auditives, un même individu pouvant cumuler plusieurs catégories.

### Chez les 20-59 ans, des limitations motrices et cognitives plus fréquentes que les limitations auditives ou visuelles graves

Environ 13 % des 20 à 59 ans déclarent une limitation fonctionnelle motrice, cognitive ou sensorielle. Les limitations motrices concernent environ 6 % des personnes de cet âge (tableau 1). Parmi ces dernières, plus de la moitié éprouvent de grandes difficultés pour se baisser et s'agenouiller, et la même proportion déclare avoir des difficultés pour porter seul sur 10 mètres un sac de cinq kilos. La troisième limitation la plus fréquemment déclarée consiste à monter et descendre un étage d'escalier sans aide (32 %). Enfin, les quatre dernières limitations (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.

La proportion des 20-59 ans déclarant au moins une limitation cognitive est également de 6 %. Environ un tiers de ces personnes déclarent avoir souvent des trous de mémoire, la même proportion déclara-

nt des difficultés à apprendre ; un tiers déclarent également être souvent impulsifs ou agressifs. Les cinq autres limitations cognitives (avoir la notion 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 % d'entre elles.

Seuls 2,4 % de la population déclarent des limitations auditives et 2 % des limitations visuelles graves qui persistent malgré le port de lunettes ou de lentilles de contact.

Toutefois, au-delà de ces différences de fréquence, toutes les personnes qui déclarent au moins une limitation fonctionnelle – quel que soit son type – présentent en moyenne une situation socio-économique plus défavorisée que l'ensemble des personnes enquêtées. Elles sont plus nombreuses à déclarer un revenu faible (inférieur à 861 € par unité de consommation), à ne pas avoir de diplôme, et sont moins nombreuses à bénéficier d'une couverture complémentaire.

### La reconnaissance administrative du handicap

A cette première approche du handicap assise sur les limitations fonctionnelles est associée une deuxième approche basée sur la reconnaissance administrative du handicap. Cet indicateur comprend les individus ayant déclaré dans l'enquête bénéficier d'au moins une des prestations suivantes : allocation aux adultes handicapés (AAH) ; 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. Cet indicateur comprend en outre les aides à l'emploi : emploi financé par l'Agefiph (Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées) ou FIPHP (Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique), ainsi que les emplois de travailleurs handicapés.

Parmi les 20-59 ans, environ 6 % des individus bénéficient d'une reconnaissance

administrative du handicap (tableau 1). 57 % sont des hommes et 73 % ont entre 41 et 59 ans. Par rapport à la population générale, ces individus ont des revenus plus faibles, des niveaux d'étude moins importants et sont davantage bénéficiaires de la CMU-C ou sans couverture complémentaire santé. 34 % perçoivent un revenu inférieur à 861 euros contre 20 % dans la population générale. De même, 36 % n'ont pas de diplôme *versus* 14 % dans la population générale, et un peu moins de 9 % ne bénéficient pas de complémentaire santé (contre 7 %).

Derrière ce panorama général, on observe d'importantes disparités selon les types de reconnaissance. Les titulaires de l'AAH sont caractérisés par les indicateurs socio-économiques les plus défavorables : 47 % d'entre eux touchent un revenu inférieur à 861 euros par mois (contre 19 % des 20-59 ans) et plus de 50 % n'ont pas de diplôme (contre 14 %). 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 euros par mois, la part des individus percevant un revenu élevé (supérieur à 1 821 euros par mois) est quatre fois plus importante que celle percevant l'AAH. Enfin, les titulaires de rentes d'incapacité, versées en cas d'accident de travail ou de maladie professionnelle, présentent des caractéristiques socio-économiques relativement proches de celles de la population qui n'a pas déclaré de reconnaissance administrative de handicap, avec toutefois deux spécificités : une fraction plus forte d'individus avec un niveau d'étude de type CAP et un très faible taux d'individus sans complémentaire santé.

### L'accès aux soins dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques des personnes en situation de handicap

L'analyse compare pour chacun des trois soins étudiés le recours des personnes en situation de handicap à celui des personnes n'ayant pas déclaré de handicap. L'indicateur de recours utilisé pour chacun de ces soins est la déclaration d'y avoir recouru ou non au cours des douze

T1

**Statistiques descriptives des personnes déclarant au moins une limitation fonctionnelle  
et des personnes bénéficiant d'une reconnaissance administrative de handicap**

	Au moins une limitation motrice		Au moins une limitation cognitive		Limitations auditives		Limitations visuelles		Reconnaissance de handicap		Ensemble des 20-59 ans	
	Effectif brut	% pond.	Effectif brut	% pond.	Effectif brut	% pond.	Effectif brut	% pond.	Effectif brut	% pond.	Effectif brut	% pond.
<b>Sexe</b>												
Homme	1 191	36,0	1 056	49,6	409	54,0	349	45,3	1 822	56,5	6 736	49,1
Femme	1 897	64,0	1 205	50,5	455	46,0	417	54,7	1 557	43,5	7 675	50,9
<b>Âge</b>												
20-25 ans	75	3,8	166	12,6	32	2,6	34	4,0	141	4,9	1 211	13,9
26-30 ans	84	4,1	145	9,0	27	2,1	28	2,4	136	4,3	1 025	11,6
31-35 ans	156	6,6	198	9,3	57	8,1	41	3,3	219	6,7	1 299	11,4
36-40 ans	254	11,4	248	14,8	66	13,4	60	8,8	327	11,4	1 681	14,1
41-45 ans	390	13,7	320	11,5	96	9,2	95	14,8	460	15,0	2 027	13,1
46-50 ans	523	15,7	365	13,8	177	24,9	150	24,5	533	15,1	2 228	13,3
51-55 ans	794	22,9	448	17,7	196	21,0	186	22,2	758	20,9	2 586	12,4
56-59 ans	812	22,0	371	11,4	213	18,7	172	20,0	805	21,8	2 354	10,0
<b>Revenu mensuel par unité de consommation</b>												
Inférieur à 861 euros	1 277	37,4	921	32,7	334	27,2	350	29,3	1 315	34,1	4 289	19,5
De 861 à 1 280 euros	878	28,8	669	29,5	220	25,9	206	30,4	1 038	31,4	3 799	25,1
De 1 281 à 1 820 euros	573	19,9	398	19,9	184	23,2	125	19,9	620	19,8	3 317	27,2
Supérieur ou égal à 1 821 euros	360	13,9	273	18,0	126	23,8	85	20,4	406	14,8	3 006	28,2
<b>Diplôme</b>												
Supérieur au bac	254	9,9	180	11,0	70	10,4	78	14,0	270	9,1	2 914	30,6
Bac	250	10,3	169	12,4	66	11,7	57	9,8	274	10,2	1 998	18,2
CAP	855	32,7	549	29,7	263	38,7	171	32,6	901	29,5	3 987	26,9
Brevet	214	6,1	145	6,8	46	4,6	47	6,7	226	6,3	969	5,9
Certificat d'études	399	10,2	174	6,0	108	11,2	69	8,9	364	9,2	105	4,4
Pas de diplôme	1 116	30,8	1 044	34,2	311	23,4	344	28,1	1 344	35,7	3 493	14,0
<b>Complémentaire santé</b>												
Complémentaire santé	705	34,8	631	46,3	329	60,1	205	50,2	596	26,9	7 403	71,1
Complémentaire santé + exonération	1 522	41,4	954	29,8	321	26,8	298	27,8	1 932	52,2	3 862	14,2
CMU-C	547	15,0	380	12,2	129	7,6	138	8,7	439	10,2	1 769	7,1
Pas de complémentaire mais exonération	207	5,0	177	4,5	42	2,3	72	5,2	304	7,0	532	1,5
Pas de complémentaire et pas d'exonération	84	3,2	77	5,5	29	2,3	41	5,5	68	2,0	735	5,6
<b>Types de reconnaissance</b>												
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	515	11,1	532	11,4	142	6,1	172	10,5	1 056	26,0	1 056	1,5
Pension d'invalidité	597	12,8	286	6,9	109	7,1	102	7,5	1 052	30,1	1 052	1,7
Rente d'incapacité	111	3,8	54	2,2	19	1,5	13	1,0	242	13,7	242	0,8
Autre reconnaissance	550	12,7	386	9,0	128	7,7	148	10,2	1 029	30,3	1 029	1,7
<b>Limitations fonctionnelles</b>												
Motrices	3 088	100,0	992	24,5	361	25,1	395	28,4	1 773	41,6	3 088	5,9
Cognitives	992	26,0	2 261	100,0	348	26,3	326	25,2	1 258	32,3	2 261	6,3
Auditives	361	10,2	348	10,1	864	100,0	157	13,7	398	9,4	864	2,4
Visuelles	395	9,3	326	7,8	157	11,1	766	100,0	435	9,9	766	1,9
<b>Total</b>	<b>3 088</b>	<b>5,9</b>	<b>2 261</b>	<b>6,3</b>	<b>864</b>	<b>2,4</b>	<b>766</b>	<b>2,0</b>	<b>3 379</b>	<b>5,8</b>	<b>14 411</b>	<b>100,0</b>

**Note de lecture :** 64 % des personnes qui déclarent au moins une limitation motrice sont des femmes, 37 % des personnes qui déclarent au moins une limitation motrice perçoivent un revenu mensuel par unité de consommation inférieur à 861 euros. 3 088 personnes ont déclaré avoir au moins une limitation motrice. Sur ces 3 088 personnes, 992 d'entre elles ont déclaré avoir également au moins une limitation cognitive.

Source : Enquête Handicap-Santé Ménages, Insee 2008.

 Télécharger les données

Réalisation : Irdes.

derniers mois. Les personnes en situation de handicap sont successivement identifiées par le biais des limitations fonctionnelles déclarées puis par celui de la reconnaissance administrative de handicap. L'analyse est conduite à partir de modèles logistiques qui permettent d'évaluer la relation entre les différentes variables explicatives et la probabilité d'avoir recouru aux soins au cours des douze derniers mois (encadré Méthode).

Pour chacun des soins examinés, trois modèles intégrant un nombre croissant de variables connues pour leur impact sur l'accès et le recours aux soins sont réalisés. Outre les marqueurs de handicap présents dans tous les modèles, le premier modèle comprend les variables démographiques (sexe et âge) et les variables de besoins de soins inhérentes au soin étudié ; le second reprend le premier modèle et y adjoint des variables socio-économiques (vie en couple ou non, revenu du ménage par unité de consommation mensuelle en quatre tranches, diplôme et variable croisant le statut au regard de la complémentaire santé et l'exonération éventuelle du ticket modérateur). Enfin, afin de prendre en compte les distances d'accès aux soins et les variations territoriales de l'offre de soins, le troisième modèle ajoute des variables géographiques (zonage en aires urbaines et départements d'outre-mer) au modèle 2. La prise en compte de ces variables géographiques ne modifiant pas fondamentalement les conclusions issues du modèle 2, les résultats du modèle 3 ne sont pas présentés dans cet article.

## L'accès aux soins courants des individus déclarant une ou plusieurs limitations fonctionnelles

### La caractérisation des besoins de soins

La caractérisation des besoins de soins est décisive dans la mesure où ces besoins peuvent différer selon que les personnes sont en situation de handicap ou non. Il s'agit de mesurer le lien entre handicap et recours aux soins à besoin de soins égal. Or, pour caractériser le besoin de soins, l'idéal serait de connaître l'état de santé des personnes avant le recours aux soins, ce que ne permet pas l'enquête Handicap-Santé qui décrit un état de santé postérieur à la réalisation des soins. Pour chaque type de soins, une réflexion a été conduite pour caractériser, à partir de variables disponibles dans l'enquête, un besoin de soins dont on peut penser qu'il préexistait au recours. Ainsi, pour les soins dentaires, le besoin a été approché par les déchaussements dentaires, problèmes chroniques dont la prévention et le traitement sont difficiles et dont on suppose qu'ils préexistent au recours aux soins dentaires. L'analyse des soins ophtalmologiques a été effectuée sur les individus de 20 à 59 ans portant des lunettes. Le besoin de soins comprend les personnes ayant déclaré une maladie de l'œil (affections de la paupière, de l'appareil lacrymal et de l'orbite, affections de la conjonctive, etc.). Enfin, les besoins gynécologiques ont été approchés par les maladies de l'appareil urinaire, les affections du sein, les affections inflam-

matoires ou non des organes pelviens, les affections dans la période périnatale ou bien par le fait d'être enceinte au moment de l'enquête.

### Un différentiel d'accès marqué pour les soins dentaires et les soins gynécologiques

Dans une première analyse qui ne fait intervenir que les variables démographiques (âge et sexe) et les besoins spécifiques aux soins, on observe, pour les soins dentaires et gynécologiques, un différentiel d'accès pour les personnes déclarant des limitations motrices et cognitives. Si la probabilité de recourir aux soins dentaires de la population générale dans les douze derniers mois est égale à 56 %, le recours est réduit pour les personnes déclarant des limitations motrices (-8 points de pourcentage) par rapport aux personnes sans limitation motrice à sexe, âge, autres limitations et besoins dentaires égaux (modèle 1 du tableau 2), et même de 12 points pour les personnes en fauteuil roulant. La probabilité de recours est également réduite de 5 points pour les personnes déclarant des limitations cognitives. Il en est de même pour les soins gynécologiques : la probabilité moyenne de recours de l'ensemble de la population s'élève à 49 % mais elle est réduite de 12 points pour les femmes déclarant des limitations motrices, de 19 points pour les femmes en fauteuil roulant et de 9 points pour les femmes déclarant des limitations cognitives. Les limitations fonctionnelles visuelles et auditives ne paraissent pas en revanche corrélées au recours aux soins gynécologiques et dentaires.

Par ailleurs, aucune des quatre limitations fonctionnelles ni même le fait de se trouver dans un fauteuil roulant ne semble affecter le recours aux soins ophtalmologiques, dont la probabilité s'élève à 30 % chez les 20-59 ans portant des lunettes.

### Après intégration des variables sociales, les problèmes d'accès ne persistent que pour les personnes atteintes de limitations motrices

Dans un deuxième temps, les variables sociales (modèle 2, tableau 2) sont introduites afin de tester si le différentiel de recours tend à persister. Après introduction de ces variables, il n'existe plus de différentiel significatif d'accès aux soins dentaires et gynécologiques pour les

## MÉTHODE

Le modèle statistique utilisé pour mesurer les écarts de recours aux soins courants est la régression logistique, qui permet de mesurer la probabilité d'une variable binaire expliquée (ici le recours aux soins) en fonction des variables explicatives (indicateurs de handicap et autres variables de contrôle). Les coefficients des tableaux 2 et 3 correspondent aux effets marginaux. Ceux-ci permettent de quantifier les variations de probabilités de la variable expliquée en fonction des variables explicatives (ici, ils quantifient les variations de la probabilité de recourir aux soins en fonction de nos indicateurs de handicap).

Outre les indicateurs de handicap (limitations fonctionnelles ou reconnaissance administrative), les modèles présentés dans les tableaux 2 et 3 introduisent également d'autres variables explicatives de contrôle. Ainsi, trois modèles intégrant un nombre croissant de variables explicatives de contrôle sont présentés : le premier comprend les variables démographiques (sexe et âge) et la variable de besoins de soins inhérente au soin étudié. Le second reprend le premier modèle et y adjoint des variables socio-économiques (vie en couple ou non, revenu du ménage par unité de consommation mensuelle en quatre tranches, diplôme et variable croisant le statut au regard de la complémentaire santé et l'exonération éventuelle du ticket modérateur).

Exemple de lecture du premier coefficient du tableau 3 (p. 7). Dans notre échantillon comprenant 14 243 individus, la probabilité de recourir aux soins dentaires est de 0,56. Cette probabilité est plus faible de 12 points pour les personnes en fauteuil roulant par rapport aux personnes sans limitations motrices, à autres limitations (cognitives, auditives et visuelles) et autres facteurs (sexe, âge et besoins de soins dentaires) équivalents.

personnes qui déclarent des limitations cognitives. En revanche, un différentiel de recours aux soins gynécologiques (-7 points) persiste pour les personnes déclarant des limitations motrices.

Les personnes déclarant des limitations fonctionnelles présentent plus souvent des caractéristiques socio-économiques moins favorables, ce qui peut expliquer le moindre accès aux soins dentaires et gyné-

cologiques de celles-ci. La prise en compte des caractéristiques sociales ne dissipe toutefois pas complètement le différentiel d'accès aux soins gynécologiques des personnes déclarant des limitations motrices.

La relative stabilité des résultats obtenus sur les personnes en fauteuil roulant avant et après prise en compte des variables sociales (-12 points pour les soins dentaires et -19 points pour les soins gyné-

cologiques) laisse supposer un problème d'accessibilité physique aux structures de soins, auquel s'ajoutent des difficultés d'accès au fauteuil dentaire ainsi qu'à la table gynécologique.

Pour les soins ophtalmologiques, les résultats du premier modèle ne constataient pas de différentiel de recours. Après introduction des variables sociales, les personnes qui ont déclaré des limitations cognitives ont une probabilité de recours augmentée de 5 points. L'analyse a montré que cela était spécifique aux personnes ayant uniquement déclaré être souvent impulsives et agressives. Bien que ces symptômes soient fréquents lors de certaines maladies mentales, leur déclaration isolée interroge sur la spécificité de cet indicateur rassemblant probablement des individus très différents vis-à-vis de la maladie mentale ou des troubles cognitifs. Ce biais de déclaration limite l'interprétation que l'on peut faire de ce recours plus élevé.

### L'accès aux soins courants des individus bénéficiant d'une reconnaissance administrative du handicap

#### Un recours réduit aux soins dentaires et aux soins gynécologiques pour les bénéficiaires de l'AAH

Les résultats obtenus en introduisant la reconnaissance administrative du handicap sont concordants avec ceux qui utilisent les limitations fonctionnelles avant introduction des variables sociales. Les personnes ayant une reconnaissance administrative de handicap ont une probabilité d'accès aux soins dentaires réduite de 5 points. Il en est de même pour le recours aux soins gynécologiques (-11 points environ). Toutefois, une analyse plus fine montre qu'une seule catégorie de reconnaissance – l'AAH – explique ce moindre recours : les titulaires de l'AAH ont un recours réduit de 9 points pour les soins dentaires (tableau 3, modèle 1) et de 17 points pour les soins gynécologiques. Aucun autre motif de reconnaissance administrative du handicap ne s'accompagne d'une diminution du recours à ces deux soins.

À l'instar des résultats obtenus avec les limitations fonctionnelles, les individus bénéficiant d'une reconnaissance administrative ne recourent ni plus ni moins

T2

### Recours aux soins courants en fonction des limitations fonctionnelles

	Modèle 1 (démographiques + besoins de soins)	Modèle 2 (modèle 1 + variables sociales)
<b>Recours aux soins dentaires (n = 14 243)</b>		
• Fauteuil roulant (FR) (n = 264) Réf : pas de limitations motrices	-0,117** (0,0493)	-0,115** (0,0585)
• Limitations motrices mais pas en FR (n = 2 796) Réf : pas de limitations motrices	-0,0784*** (0,0217)	-0,0339 (0,0227)
• Limitations cognitives (n = 2 207) Réf : pas de limitations cognitives	-0,0539** (0,0233)	-0,0160 (0,0235)
• Limitations visuelles (n = 749) Réf : pas de limitations visuelles	-0,0390 (0,0420)	-0,0219 (0,0406)
• Limitations auditives (n = 847) Réf : pas de limitations auditives	0,0138 (0,0337)	0,0224 (0,0337)
<b>Note de lecture :</b> 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 besoins de soins dentaires égaux. Écart-type robuste entre parenthèses.		
	Modèle 1	Modèle 2
<b>Recours aux soins ophtalmologiques (n = 9 410)</b>		
• Fauteuil roulant (FR) (n = 175) Réf : pas de limitations motrices	-0,0523 (0,0472)	-0,0512 (0,0504)
• Limitations motrices mais pas en FR (n = 2 171) Réf : pas de limitations motrices	-0,0129 (0,0204)	0,0183 (0,0229)
• Limitations cognitives (n = 1 463) Réf : pas de limitations cognitives	0,0256 (0,0260)	0,0511* (0,0274)
• Limitations auditives (n = 619) Réf : pas de limitations auditives	0,0186 (0,0361)	0,0289 (0,0372)
<b>Note de lecture :</b> Les personnes portant des lunettes ayant déclaré au moins une limitation fonctionnelle mentale ont une probabilité de recourir aux soins ophtalmologiques augmentée de 5 points au seuil de 10 % par rapport aux personnes portant des lunettes sans limitation mentale, à autre limitations fonctionnelles, sexe, âge, maladies de l'œil et niveau socio-économique équivalents. Écart-type robuste entre parenthèses.		
	Modèle 1	Modèle 2
<b>Recours aux soins gynécologiques (n = 7 594)</b>		
• Fauteuil roulant (FR) (n = 126) Réf : pas de limitations motrices	-0,190*** (0,0614)	-0,174*** (0,0608)
• Limitations motrices mais pas en FR (n = 1 750) Réf : pas de limitations motrices	-0,124*** (0,0264)	-0,0726** (0,0301)
• Limitations cognitives (n = 1 183) Réf : pas de limitations cognitives	-0,0907*** (0,0314)	-0,0386 (0,0333)
• Limitations visuelles (n = 407) Réf : pas de limitations visuelles	-0,0791 (0,0577)	-0,0726 (0,0604)
• Limitations auditives (n = 448) Réf : pas de limitations auditives	0,0379 (0,0472)	0,0521 (0,0500)
<b>Note de lecture :</b> Les femmes ayant déclaré au moins une limitation fonctionnelle motrice 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, sexe et besoins de soins gynécologiques égaux. Écart-type robuste entre parenthèses.		
<b>Source :</b> Enquête Handicap-Santé Ménages, Insee 2008.		
<b>Réalisation :</b> Irdes.		

 Télécharger les données

aux soins ophtalmologiques, avant introduction des variables sociales. Toutefois, des effets significatifs et contraires sont observés chez les titulaires de l'AAH, dont le recours est réduit de 7 points environ (tableau 3, modèle 1), et chez les personnes bénéficiant d'une pension d'invalidité, qui affichent au contraire un recours accru de plus de 9 points.

Pour tous ces soins, les différences observées entre titulaires de l'AAH et les personnes bénéficiant d'une pension d'invalidité pourraient s'expliquer en partie par la prise en charge intégrale des frais de santé, dans les limites du tarif de remboursement de la Sécurité sociale, dont bénéficient ces derniers. Au contraire, la perception de l'AAH n'emporte aucune conséquence en termes d'exonération du ticket modérateur ; seul le bénéfice de la CMU-C peut offrir une couverture comparable à celle de la pension d'invalidité, mais encore faut-il que le titulaire de l'AAH puisse y être éligible. Or, pour une partie des bénéficiaires de l'AAH, ceux qui percevaient le maximum de 628,10 euros mensuels au 1<sup>er</sup> janvier 2008, le seuil de revenu de la CMU-C (620,55 euros mensuels le 1<sup>er</sup> janvier 2008) leur interdisait d'être intégrés au dispositif. Une partie des bénéficiaires de l'AAH peut néanmoins bénéficier d'une couverture améliorée s'ils sont admis 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. Au final, le régime de la pension d'invalidité s'avère plus protecteur que celui de l'AAH, ce qui pourrait expliquer au moins en partie le différentiel de recours.

### A niveau socio-économique égal, les personnes titulaires d'une pension d'invalidité recourent davantage aux soins ophtalmologiques

Après prise en compte des variables sociales, le recours aux soins dentaires des personnes ayant une reconnaissance administrative de handicap n'est plus diminué : en effet, les personnes titulaires d'une reconnaissance de handicap sont plus souvent dans une situation socio-économique défavorable qui réduit le recours aux soins. Si le recours aux soins gynécologiques n'est pas affecté par la reconnaissance administrative de handicap de façon générale après introduction des

variables sociales, il continue cependant d'être réduit de 9 points pour les titulaires de l'AAH.

La situation est en revanche différente pour les soins ophtalmologiques, puisqu'après intégration des variables sociales, on constate une augmentation du recours de 7 points environ pour les personnes bénéficiaires d'une reconnaissance administrative. Ceci n'est toutefois pas

vérifié pour tous les types de reconnaissance administrative : seules les personnes percevant une pension d'invalidité ont un recours aux soins ophtalmologiques augmenté de 11 points (tableau 3, modèle 2), ce qui peut être la conséquence de la prise en charge à 100 % des frais médicaux dont ils bénéficient. A niveau socio-économique égal, la pension d'invalidité semble donc permettre un meilleur accès aux soins ophtalmologiques.

T3

#### Recours aux soins courants en fonction des types de reconnaissance administrative du handicap

	Modèle 1 (démographiques + besoins de soins)	Modèle 2 (modèle 1 + variables sociales)
<b>Recours aux soins dentaires (n = 14 243)</b>		
• <b>AAH</b> (n = 1 030) <i>Réf: pas de reconnaissance</i>	<b>-0,0904***</b> (0,0313)	<b>-0,0190</b> (0,0330)
• <b>Pension d'invalidité</b> (n = 1 045) <i>Réf: pas de reconnaissance</i>	<b>0,0235</b> (0,0294)	<b>0,0466</b> (0,0299)
• <b>Rente d'incapacité</b> (n = 239) <i>Réf: pas de reconnaissance</i>	<b>-0,0484</b> (0,0596)	<b>-0,0472</b> (0,0624)
• <b>Autres reconnaissances</b> (n = 1 018) <i>Réf: pas de reconnaissance</i>	<b>0,0246</b> (0,0289)	<b>0,0439</b> (0,0304)
<b>Note de lecture :</b> les personnes percevant une allocation adulte handicapé (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, besoins de soins dentaires et à limitations fonctionnelles égaux. Écart-type robuste entre parenthèses.		
	Modèle 1	Modèle 2
<b>Recours aux soins ophtalmologiques (n = 9 410)</b>		
• <b>AAH</b> (n = 587) <i>Réf: pas de reconnaissance</i>	<b>-0,0654**</b> (0,0302)	<b>-0,0247</b> (0,0369)
• <b>Pension d'invalidité</b> (n = 882) <i>Réf: pas de reconnaissance</i>	<b>0,0947***</b> (0,0346)	<b>0,107***</b> (0,0363)
• <b>Rente d'incapacité</b> (n = 177) <i>Réf: pas de reconnaissance</i>	<b>0,0223</b> (0,0678)	<b>0,0281</b> (0,0678)
• <b>Autres reconnaissances</b> (n = 710) <i>Réf: pas de reconnaissance</i>	<b>0,0549*</b> (0,0316)	<b>0,0730**</b> (0,0344)
<b>Note de lecture :</b> Les personnes percevant une allocation adulte handicapé (AAH) ont une probabilité de recourir aux soins ophtalmologiques réduite d'environ 6,5 points par rapport aux personnes sans reconnaissance de handicap à sexe, âge, besoins de soins et à limitations équivalents. Écart-type robuste entre parenthèses.		
	Modèle 1	Modèle 2
<b>Recours aux soins gynécologiques (n = 7 594)</b>		
• <b>AAH</b> (n = 530) <i>Réf: pas de reconnaissance</i>	<b>-0,170***</b> (0,0400)	<b>-0,0924**</b> (0,0465)
• <b>Pension d'invalidité</b> (n = 499) <i>Réf: pas de reconnaissance</i>	<b>0,0252</b> (0,0439)	<b>0,0329</b> (0,0490)
• <b>Rente d'incapacité</b> (n = 61) <i>Réf: pas de reconnaissance</i>	<b>0,0245</b> (0,111)	<b>0,00963</b> (0,115)
• <b>Autres reconnaissances</b> (n = 448) <i>Réf: pas de reconnaissance</i>	<b>-0,0381</b> (0,0446)	<b>0,00114</b> (0,0485)
<b>Note de lecture :</b> Les femmes percevant une allocation adulte handicapé (AAH) ont une probabilité de recourir aux soins gynécologiques réduite d'environ 17 points par rapport aux personnes sans reconnaissance de handicap à sexe, âge, besoins de soins et limitations fonctionnelles équivalents. Écart-type robuste entre parenthèses.		
<b>Source :</b> Enquête Handicap-Santé Ménages, Insee 2008.		
<b>Réalisation :</b> Irdes.		

 Télécharger les données

## Pauvreté, accessibilité physique et prise en charge des soins, trois facteurs freinant l'accès aux soins des handicapés

Cette étude met en évidence un différentiel négatif d'accès aux soins dentaires et gynécologiques des personnes en situation de handicap lorsque ce dernier est repéré par l'existence de limitations fonctionnelles sévères. Le repérage des situations de handicap par leur reconnaissance administrative permet de confirmer ces résultats sur une population plus restreinte dont le handicap est mieux identifié. Nos résultats sur l'accès aux soins ophtalmologiques sont plus contrastés : l'approche par les limitations fonctionnelles ne montre pas de problème d'accès, tandis que l'approche par la reconnaissance administrative révèle des effets opposés selon le type de reconnaissance.

Trois facteurs ressortent tout particulièrement. 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. 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 montrent les résultats obtenus sur les personnes en fauteuil roulant. La prise en compte des variables sociales ne permet pas dans ce cas de réduire les difficultés d'accès probablement liées à d'autres facteurs d'accessibilité comme les transports, la voirie ou l'accessibilité des 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.

Ces résultats permettent de suggérer plusieurs pistes d'action publique. La première viserait à améliorer la situation financière des personnes en situation de handicap en relevant les plafonds des allocations et aides qui leur sont accordées. Une deuxième piste consisterait à améliorer la prise en charge des soins, soit en uniformisant les plafonds de l'AAH avec ceux de la CMU-C de manière à ce que les titulaires de l'AAH puissent avoir systématiquement accès à la CMU-C, soit en instaurant une exonération systématique du ticket modérateur pour toutes les personnes dès lors qu'elles ont un handicap reconnu. A noter que les changements de seuils de la CMU et de l'AAH intervenus depuis 2008 n'ont pas modifié cette situation. En revanche, une augmentation du seuil de l'Aide à la complémentaire santé (ACS) permet désormais à certains titulaires de l'AAH d'accéder à cette aide au financement d'une assurance complémentaire santé.

La politique en faveur des handicapés ne doit pas se limiter à la prise en charge des problèmes spécifiques liés au handicap, prise en charge qui s'est largement améliorée depuis la loi de 2005. Elle doit aussi, au-delà de la seule égalité des droits et des chances, garantir l'équité des soins en santé en renforçant leur prise en charge et en levant les obstacles, financiers en particulier, qui en limitent l'accès.

Cette étude montre enfin que les enseignements issus de l'analyse de l'accès à un soin particulier ne sont pas systématiquement transposables à l'ensemble des soins. La suite de cette étude approchera le recours à d'autres soins, en particulier préventifs, et analysera l'accès aux soins courants et à la prévention des personnes prises en charge en institution. ♦

## POUR EN SAVOIR PLUS

- Brouard C. (2004). *Handicap en chiffres 2004*. Paris : CTNERHI, Paris : MSSPS.
- 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?". *Arch.Phys. Med Rehabil.*, 89(6), 1023-1030.
- 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. *Women's Health Issues*, 16(6), 297-312.
- Dos Santos S., Makdessi Y. (2010). « Une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées ». *Etudes et Résultats* (Drees), n° 178.
- Drew J.A., Short S.E. (2010). "Disability and Pap Smear Receipt among U.S. Women, 2000 and 2005". *Perspect.Sex Reprod.Health*, 42(4), 258-266.
- Gohet P. (2013). *L'avancée en âge des personnes handicapées. Contribution à la réflexion*. Ed. Igas.
- HAS (2011). *Audition publique, Accès aux soins des personnes en situation de handicap : synthèse des principaux constats et préconisations*, Haute Autorité de Santé (Ed.), Paris.
- Hescot P., Moutarde A. (2010). *Rapport de la mission « handicap et santé bucco-dentaire » Améliorer l'accès à la santé bucco-dentaire des personnes handicapées*. In d.r.s.e.d.l.s. Ministère du travail (Ed.).
- Jacob P. (2013). « Un droit citoyen pour la personne handicapée, un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement ». Mission auprès de Marie Arlette Carlotti et de Marisol Touraine (Ed.).
- Krinsky-McHale S.J., Jenkins E.C., Zigman W.B., Silverman W. (2012). "Ophthalmic Disorders in Adults with Down Syndrome". *Curr Gerontol. Geriatr.Res.* 2012 974253.
- Parish S.L., Huh J. (2006). "Health Care for Women with Disabilities: Population-Based Evidence of Disparities". *Health Soc Work*, 31(1), 7-15.
- Yee S., Breslin M.L. (2010). "Achieving Accessible Health Care for People with Disabilities: Why the ADA Is Only Part of the Solution". *Disabil.Health J.*, 3(4), 253-261

**IRDES**

INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ •  
10, rue Vauvenargues 75018 Paris • Tél. : 01 53 93 43 02 • Fax : 01 53 93 43 07 •  
www.irdes.fr • Email : publications@irdes.fr

**Directeur de la publication** : Yann Bourgueil • **Rédactrice en chef technique** : Anne Evans •  
**Secrétaire de rédaction** : Anna Marek • **Relecteurs** : Anissa Afrite, Michel Naiditch •  
**Correctrice** : Martine Broïdo • **Premier maquettiste** : Franck-Séverin Clérembault •  
**Assistant à la mise en page** : Damien Le Torrec • **Imprimeur** : Déjà-Link (Stains, 93) •  
**Dépôt légal** : mai 2014 • **Diffusion** : Sandrine Béquignon, Suzanne Chriqui •  
**Abonnement annuel** : 60 € • **Prix du numéro** : 6 € • **ISSN** : 1283-4769.