

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

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/208-les-personnes-en-situation-de-handicap-vivant-a-domicile-ont-un-moins-d-acces-aux-soins-de-prevention-que-elles-sans-handicap.pdf>

## 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)

Anne Penneau, Sylvain Pichetti, Catherine Sermet (Irdes)

Avec une espérance de vie qui a progressé, les personnes en situation de handicap sont confrontées aux mêmes pathologies du vieillissement que le reste de la population. L'accès à la prévention et au dépistage doit ainsi permettre d'éviter une dégradation prématurée de leur état de santé. Or la littérature montre qu'elles rencontrent de nombreux obstacles pour accéder à la prévention et aux soins courants : une expression des besoins parfois difficile, une situation socio-économique plus défavorisée ayant pour conséquence un moindre recours aux soins, une accessibilité physique aux cabinets médicaux ou aux matériels de consultation inadaptée, une méconnaissance du handicap par le personnel soignant...

Cette étude sur le recours aux soins et à la prévention des personnes en situation de handicap résidant à domicile explore avec les données de l'enquête Handicap-Santé Ménages (HSM), réalisée par la Drees et l'Insee en 2008, quatre actes de dépistage ou de prévention : les dépistages des cancers du col de l'utérus, du sein, du côlon et la vaccination contre l'hépatite B. L'objectif est d'évaluer les écarts de recours à ces actes selon la situation de ces personnes face au handicap. Deux indicateurs de handicap ont été retenus pour l'analyse, les limitations fonctionnelles (limitations motrices, cognitives, visuelles ou auditives) et la reconnaissance administrative du handicap.

L'espérance de vie des personnes en situation de handicap ayant fortement progressé ces dernières années, elles sont désormais exposées aux mêmes pathologies du vieillissement que le reste de la population (Gohet, 2013). L'accès à la prévention et au dépistage constituent donc des leviers permettant d'éviter une dégradation prématurée de leur état de santé ou la survenue de complications. Pourtant, en 2013, le rapport Jacob pointait l'insuffisance des soins

de prévention médicale pour les personnes en situation de handicap, ainsi que l'absence de considération explicite de ces personnes dans les campagnes nationales de prévention. Une des propositions du rapport Jacob vise d'ailleurs à « rendre obligatoire un volet handicap dans toutes les campagnes de prévention nationales ».

Dans leur accès à la prévention comme aux soins courants, les personnes en situation de handicap font face à de nombreux

obstacles. D'abord, du fait du handicap, l'expression des besoins de soins peut être freinée (Van Schrojenstein Lantman de Valk et Walsh, 2008). Le handicap s'accompagne d'une situation socio-économique souvent plus dégradée et peut donc aboutir à un plus faible recours aux soins (Lengagne *et al.*, 2015). Par ailleurs, des facteurs liés à l'environnement peuvent limiter le recours aux soins des personnes en situation de handicap : problèmes de transport

pour se rendre au cabinet médical, accessibilité physique au cabinet de consultation ou inadaptation des moyens matériels nécessaires à la consultation (par exemple, absence d'une table d'examen gynécologique adaptée) [DeJong, 1997]. Peuvent également s'ajouter des contraintes comme la méconnaissance du handicap par le personnel soignant, une tarification insuffisante des consultations plus longues dédiées aux personnes en situation de handicap (McColl, 2005 ; Bigby et Holmes, 2005 ; Garner, 2003).

Cet article présente le deuxième volet d'une étude sur le recours aux soins et à la prévention des populations en situation de handicap résidant à domicile (Repères). Il explore, avec les données de l'enquête Handicap-Santé Ménages (HSM) de 2008 (encadré Sources et données), quatre actes de dépistage ou de prévention (dépistage des cancers du col de l'utérus, du sein, du côlon et vaccination contre l'hépatite B). Ces actes ont été choisis car ils permettent de couvrir plusieurs dimensions de la prévention : un dépistage organisé pour des cancers du sein et du côlon et un dépistage libre. Certains

ne concernent que les femmes (dépistage des cancers du col de l'utérus et du sein) les autres s'adressent à tous les individus de la tranche d'âge correspondant aux recommandations. L'objectif est d'évaluer les écarts de recours à ces actes de prévention, que les personnes soient en situation de handicap ou non. Comme précédemment (Lengagne *et al.*, 2014), l'analyse du recours a été réalisée selon deux indicateurs de handicap : les limitations fonctionnelles (limitations motrices, cognitives, visuelles ou auditives) et la reconnaissance administrative du handicap (individus ayant déclaré bénéficier de prestations liées au handicap).

### Quatre actes de prévention qui représentent d'importants enjeux de sante publique

En France, en 2012, environ 18 000 décès annuels ont été attribués au cancer colorectal, alors que 42 000 nouveaux cas sont découverts chaque année (Inca, 2013). Le cancer du sein (49 000 nou-

veaux cas découverts chaque année en France) reste la principale cause de mortalité par cancer chez les femmes, responsable de près de 12 000 décès annuels en France (Inca, 2013), loin devant le cancer du col de l'utérus (3 000 nouveaux cas chaque année) avec 1 100 morts par an. Les actes de dépistage permettant de prévenir ces pathologies n'obéissent pas tous à la même temporalité – tous les deux ans – pour le dépistage des cancers du côlon et du sein, tous les trois ans pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, et ciblent par ailleurs des populations différentes. Ainsi, les frottis cervico-vaginaux sont recommandés aux femmes âgées de 25 à 64 ans tandis que le dépistage du cancer du sein concerne les femmes âgées de 50 à 75 ans, le dépistage du cancer du côlon est préconisé aux assurés tous sexes confondus âgés de 50 à 75 ans. En 2004, l'hépatite B a entraîné environ 1 330 décès en France (InVS, 2009) et la vaccination contre l'hépatite B est recommandée tous les dix ans. Concernant ces actes, les besoins de dépistage de la population en situation de handicap sont peut-être différents de ceux du reste de la population, plus précoces ou accrus (Igas, 2011). Or, il s'agit ici de comparer les recours à besoins équivalents des personnes en situation de handicap et du reste de la population. Des variables proxys des besoins de soins ont donc été intégrées pour analyser chaque soin. S'agissant du dépistage du cancer du col de l'utérus, la variable proxy du besoin 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'utérus. La variable de besoin de dépistage du cancer du sein regroupe les femmes ayant déclaré avoir une affection du sein ainsi que celles ayant eu un cancer du sein dans le passé. Les besoins de vaccination contre l'hépatite B ont été approchés à partir de personnes plus particulièrement exposées à la maladie, parmi lesquelles les personnes atteintes du VIH, les insuffisants rénaux et les immigrés, ainsi que les professionnels intermédiaires de la santé et du travail social. S'agissant du dépistage du cancer du côlon, l'étude n'a été réalisée que sur les départements pilotes qui avaient expérimenté cet acte entre 2002 et 2005, en amont de la généralisation intervenue en 2008 au moment de l'enquête HSM.

## SOURCES ET DONNÉES

### 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 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.

### Population d'étude

L'enquête Handicap-Santé volet Ménages est constituée de 29 931 personnes. Pour les analyses portant sur les dépistages de cancers (frottis, mammographie, Hemocult®), les échantillonnages sont réalisés sur les tranches d'âge 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, soit 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, 1 689 personnes n'ayant jamais effectué de coloscopie et appartenant aux départements pilotes du programme de dépistage organisé.

Les analyses 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 de celui des variables explicatives, la base de vaccination contre l'hépatite B comprend 13 249 personnes.

**Les probabilités de recours à la prévention sont significativement réduites pour les personnes en situation de handicap**

L'analyse compare d'abord, pour chacun des quatre actes de prévention, le recours des personnes en situation de handicap à celui des personnes n'en ayant pas déclaré. L'indicateur de recours utilisé est la déclaration d'y avoir recouru au cours de la période correspondant aux recommandations spécifiques à chacun des dépistages (deux ans pour les cancers du côlon et du sein, trois ans pour le cancer du col de l'utérus et dix ans pour l'hépatite B). Les personnes en situation de handicap sont successivement identifiées par le biais des limitations fonctionnelles déclarées puis par la reconnaissance administrative de handicap.

Les moyennes de recours à ces actes sont estimées à environ 80 % pour les dépistages des cancers du col de l'utérus et du cancer du sein, 40 % pour le dépistage du cancer du côlon et 45 % pour la vaccination contre l'hépatite B. Les moyennes de recours des personnes déclarant un handicap sont significativement inférieures à celles des personnes sans handicap, pour les limitations fonctionnelles ou la reconnaissance administrative. Ainsi, pour les personnes déclarant des limitations ou une reconnaissance de handicap, le recours au dépistage du cancer du col de l'utérus est réduit de 12 à 21 points (respectivement pour les personnes déclarant au moins une limitation auditive et celles déclarant au moins une limitation visuelle) [tableau 1], tandis que le recours à la mammographie est réduit de 4 à 10 points (respectivement pour les limitations visuelles et cognitives). Le recours au dépistage du cancer du côlon est moins fréquent pour les personnes en situation de handicap hor-



Ce *Questions d'économie de la santé* (QES) présente 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 actes de dépistage et de prévention (frottis, mammographie, dépistage du cancer du côlon et vaccination contre l'hépatite B) des personnes en situation de handicap à domicile ou en institution. Il complète les résultats présentés dans le QES n° 197, qui était centré sur les seuls soins courants, et repose sur un même mode d'identification des personnes en situation de handicap, assis à la fois sur les limitations fonctionnelles et la reconnaissance administrative de handicap. Pour l'ensemble de 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.

mis pour celles déclarant des limitations auditives – dans une proportion qui varie de 13 points (limitations motrices) à 18 points (limitations cognitives), alors que

**T1 Comparaison des moyennes de recours à la prévention en fonction des indicateurs de handicap**

		Frottis cervico-utérin (tous les trois ans)				
		Effectifs bruts	Moyennes de recours	Test du chi2		Écart
				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	6 357	0,8164	13,54	<0,0001	-0,1710
	Au moins une	1 686	0,6454			

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

		Dépistage du cancer du côlon (tous les deux ans)				
		Effectifs bruts	Moyennes de recours	Test du chi2		Écart
				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	1 250	0,4254	5,54	<0,0001	-0,1446
	Au moins une	439	0,2808			

**Lecture :** La moyenne de recours des 623 personnes ayant déclaré au moins une limitation motrice est de 30 %, soit 13 points de moins que la moyenne de recours des personnes sans limitations motrices (résultat significatif au seuil de 1 %).

		Mammographie (tous les deux ans)				
		Effectifs bruts	Moyennes de recours	Test du chi2		Écart
				Valeur	Probabilité	
Limitations motrices	Sans	3 266	0,7990	6,60	<0,0001	-0,075
	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	4 420	0,7885	4,20	<0,0001	-0,0571
	Au moins une	1 335	0,7314			

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

		Vaccination contre l'hépatite B (tous les dix ans)				
		Effectifs bruts	Moyennes de recours	Test du chi2		Écart
				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	10 227	0,4583	13,41	<0,0001	-0,1321
	Au moins une	3 022	0,3262			

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

**Champs :** HSM, calculs Irdes.

**Réalisation :** Irdes.

Télécharger les données

le recours au dépistage de l'hépatite B est réduit de 6 à 23 points, respectivement pour les personnes déclarant des limitations cognitives et pour celles déclarant des limitations visuelles.

### L'accès à la prévention des individus déclarant au moins une limitation fonctionnelle

Les écarts de recours sont maintenant calculés en prenant en compte les différences de structures démographiques entre la population en situation de handicap et celle qui ne l'est pas, ainsi qu'une partie des besoins de soins, potentiellement différents pour les deux populations.

L'analyse est conduite à partir de modèles logistiques qui permettent d'évaluer la

relation entre les variables explicatives et la probabilité d'avoir recouru aux soins (encadré Méthode).

### Déclarer des limitations motrices ou cognitives est associé à une probabilité réduite de recours au frottis, à la mammographie et au dépistage du cancer du côlon

Les résultats composent un panorama cohérent pour les trois dépistages de cancer (frottis, mammographie et dépistage du cancer du côlon) et soulignent dans le même temps la singularité de la vaccination contre l'hépatite B. Pour les trois premiers soins, l'accès paraît systématiquement réduit pour les personnes déclarant des limitations cognitives, dans une proportion qui varie de -7 points pour le recours à la mammographie à -15 points pour le dépistage du cancer du côlon (tableau 2, modèle 1). Ce constat se véri-

fie pour les personnes déclarant des limitations motrices, distinction faite des personnes en fauteuil roulant et de celles déclarant des limitations motrices sans être en fauteuil. Pour les trois dépistages de cancer (frottis, mammographie et dépistage du cancer du côlon), la probabilité de recours est réduite dans une proportion significativement plus forte pour les personnes en fauteuil (respectivement de 14,5 points, de 25 points et de 27 points par rapport aux personnes sans limitations motrices) tandis que l'écart est plus réduit pour les personnes déclarant des limitations motrices sans être en fauteuil (respectivement de 9 points, de 5 points et de 13 points par rapport à la même référence) [tableau 2, modèle 1]. En revanche, pour les personnes déclarant des limitations auditives, le recours aux trois dépistages de cancer n'est jamais significativement différent de celui des personnes ne déclarant pas de limitations auditives,

T2

#### Recours à la prévention des personnes ayant déclaré des limitations fonctionnelles

Modèle 1 : caractéristiques démographiques + besoins de dépistage/vaccination – Modèle 2 : modèle 1 + caractéristiques sociales – Modèle 3 : modèle 2 + caractéristiques géographiques

	Frottis cervico-utérin (n=8 043)		
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3
Fauteuil roulant (N : 153)	-0,145** (0,0591)	-0,113** (0,055)	-0,114** (0,0561)
Limitations motrices mais pas en fauteuil roulant (N : 2 117)	-0,0868*** (0,0201)	-0,0446** (0,0191)	-0,0440** (0,0191)
Limitations cognitives (N : 1 271)	-0,0886*** (0,0238)	-0,0457** (0,0202)	-0,0443** (0,0201)
Limitations visuelles (N : 481)	-0,115** (0,0451)	-0,106** (0,0471)	-0,105** (0,0467)
Limitations auditives (N : 512)	-0,0322 (0,0296)	-0,0213 (0,0286)	-0,019 (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 limitation motrice à âge, autres limitations et besoins de dépistage équivalents. Ecarts-types robustes entre parenthèses.

	Mammographie (n=5 755)		
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3
Fauteuil roulant (N : 164)	-0,253*** (0,0686)	-0,227*** (0,0696)	-0,241*** (0,0698)
Limitations motrices mais pas en fauteuil roulant (N : 2 325)	-0,0470** (0,0197)	-0,022 (0,0201)	-0,0253 (0,0202)
Limitations cognitives (N : 952)	-0,0719** (0,0305)	-0,0524* (0,0286)	-0,0541* (0,0279)
Limitations visuelles (N : 473)	0,00271 (0,0336)	0,0083 (0,0329)	0,0113 (0,0318)
Limitations auditives (N : 483)	-0,0185 (0,0339)	-0,0136 (0,0331)	-0,00809 (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. Ecarts-types robustes entre parenthèses.

**Champs :** HSM, calculs Irdes.

**Réalisation :** Irdes.

	Dépistage du cancer du côlon (n=1 689)		
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3
Fauteuil roulant (N : 65)	-0,267*** (0,0523)	-0,248*** (0,0563)	-0,250*** (0,0555)
Limitations motrices mais pas en fauteuil roulant (N : 558)	-0,131*** (0,0399)	-0,122*** (0,0429)	-0,119*** (0,0436)
Limitations cognitives (N : 288)	-0,151*** (0,0579)	-0,140** (0,0583)	-0,129** (0,0583)
Limitations visuelles (N : 144)	-0,0812 (0,078)	-0,0595 (0,0835)	-0,0604 (0,0826)
Limitations auditives (N : 154)	0,0007 (0,0661)	-0,0036 (0,0703)	0,0038 (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. Ecarts-types robustes entre parenthèses.

	Vaccination contre l'hépatite B (n=13 249)		
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3
Fauteuil roulant (N : 231)	-0,180*** (0,064)	-0,195*** (0,0651)	-0,195*** (0,0668)
Limitations motrices mais pas en fauteuil roulant (N : 2 573)	-0,0139 (0,023)	-0,0152 (0,0236)	-0,0153 (0,0239)
Limitations cognitives	-0,0195 (0,0248)	-0,0144 (0,0256)	-0,0098 (0,026)
Limitations visuelles (N : 678)	-0,161*** (0,0392)	-0,159*** (0,0395)	-0,170*** (0,0389)
Limitations auditives (N : 774)	0,0089 (0,0362)	0,0093 (0,0365)	0,0183 (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. Ecarts-types robustes entre parenthèses.

 Télécharger les données

tandis que les limitations visuelles ne sont associées à un plus faible recours que pour le frottis (-11,5 points). Les résultats relatifs à la vaccination contre l'hépatite B se différencient de ceux obtenus sur les autres actes, car seul le fait d'être en fauteuil roulant et de déclarer des limitations visuelles réduit le recours (respectivement de -18 points par rapport aux personnes sans limitations motrices et de -16 points par rapport aux personnes sans limitations visuelles).

### Après intégration des variables sociales, le différentiel d'accès reste inchangé pour le dépistage du cancer du côlon et pour la vaccination contre l'hépatite B

Dans une deuxième étape de l'étude, les variables sociales (revenu, diplôme, situation au regard de la couverture complémentaire) [tableau 2, modèle 2] sont introduites afin de tester si les différentiels de recours mis en évidence lors de l'étape précédente subsistent ou pas, ce qui permet d'expliquer ces écarts. Une troisième étape de l'analyse introduit des variables

géographiques (zonage en aires urbaines et une variable d'appartenance à un département d'outre-mer), qui modifie de façon marginale les coefficients des indicateurs de handicap dans les régressions et donc les interprétations des résultats.

Quel que soit le soin préventif considéré, l'intégration des variables sociales modifie peu le différentiel négatif de recours caractérisant les personnes en fauteuil roulant : pour le recours à la mammographie, il s'établit à -23 points (-25 points avant prise en compte des variables sociales), à -25 points pour le dépistage du cancer du côlon (-27 points avant), à -19,5 points pour la vaccination contre l'hépatite B (-18 points avant) et à -11 points pour le frottis (-14,5 points avant). Pour les personnes en fauteuil roulant, la stabilité du différentiel de recours laisse supposer la persistance d'un problème d'accessibilité physique aux structures de soins dispensatrices de ces actes. Ces résultats font écho aux précédents concernant les soins dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques (Lengagne *et al.*, 2014). S'agissant des autres indicateurs de handicap et pour les quatre actes de prévention analysés ici, une ligne de partage se dessine entre les soins pour lesquels la prise en compte des variables sociales se traduit par une réduction du différentiel d'accès pour les personnes en situation de handicap – essentiellement le frottis et la mammographie – et les deux autres soins pour lesquels les problèmes d'accès perdurent même après neutralisation des variables sociales. Ainsi, pour le frottis et la mammographie, le différentiel de recours diminue significativement pour les femmes déclarant des limitations motrices sans être en fauteuil, passant de 9 à 4 points pour le frottis et s'annulant pour la mammographie, alors que l'écart était de presque 5 points avant la prise en compte des variables sociales. Une partie du différentiel de recours à ces deux soins s'explique donc par le fait que les femmes déclarant des limitations fonctionnelles présentent en effet plus souvent des caractéristiques socio-économiques moins favorables, traditionnellement associées à un moindre recours et à une moindre sensibilisation aux actes de dépistage. En revanche, pour le dépistage du cancer du côlon et la vaccination contre l'hépatite B, le différentiel négatif d'accès aux soins des personnes en situation de handicap n'évo-

lue que très marginalement après prise en charge des variables sociales. D'autres obstacles peuvent alors expliquer la persistance de ce différentiel de recours : les difficultés d'ordre physique entravant la réalisation du test du dépistage du cancer du côlon, le manque d'information ou de sensibilisation de la population des personnes handicapées, etc.

### L'accès à la prévention des individus déclarant une reconnaissance administrative de handicap

#### Un différentiel de recours à la prévention négatif qui affecte principalement les bénéficiaires de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH)

Les résultats obtenus sur les personnes bénéficiant d'une reconnaissance administrative de handicap recourent pour une large part ceux présentés pour les personnes déclarant des limitations fonctionnelles. Ainsi, les personnes titulaires d'une reconnaissance administrative de handicap présentent une probabilité réduite de recourir aux quatre actes de prévention, dans une proportion qui varie de 4 points pour la vaccination contre l'hépatite B à 7 points pour le dépistage du cancer du sein, et atteint même près de 14 points pour le dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer du côlon par rapport aux personnes qui n'ont pas de reconnaissance administrative de handicap (Lengagne *et al.*, 2014). Ces résultats dissimulent toutefois des disparités importantes en fonction du type de reconnaissance administrative du handicap. Les personnes bénéficiaires de l'AAH voient leur probabilité de recours à la prévention réduite de façon significative par rapport aux personnes sans reconnaissance administrative de handicap, dans une proportion qui varie de -9 points pour la mammographie et la vaccination contre l'hépatite B à -17 points pour le frottis et le dépistage du cancer du côlon (tableau 3). Au contraire, les autres types de reconnaissance administrative de handicap sont plus rarement associés à une réduction de la probabilité de recourir à la prévention. Les femmes titulaires d'une pension d'invalidité ont tout de même une probabilité réduite de 4 points de recourir

## MÉTHODE

Le modèle statistique utilisé pour mesurer les écarts de recours à la prévention 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 (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).

T3

**Recours à la prévention des personnes bénéficiant d'une reconnaissance administrative de handicap (par type de reconnaissance administrative)**

**Modèle 1** : caractéristiques démographiques + besoins de dépistage/vaccination – **Modèle 2** : modèle 1 + caractéristiques sociales – **Modèle 3** : modèle 2 + caractéristiques géographiques

	Frottis cervico-utérin (n=8 043)		
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3
AAH <sup>1</sup> (N : 531)	-0,167*** (0,000134)	-0,0744** (0,0423)	-0,0733** (0,0415)
Pension d'invalidité (N : 522)	-0,0441* (0,0995)	-0,0327 (0,256)	-0,0313 (0,28)
Rente d'incapacité (N : 73)	0,00445 (0,94)	-0,0128 (0,848)	-0,0145 (0,83)
Autre reconnaissance de handicap (N : 557)	-0,0438 (0,137)	-0,0239 (0,374)	-0,0241 (0,368)

**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. Ecarts-types robustes entre parenthèses.

	Dépistage du cancer du côlon (n=1 689)		
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3
Apa <sup>2</sup> (N : 27)	-0,209* (0,116)	-0,179 (0,121)	-0,19 (0,116)
AAH <sup>1</sup> (N : 78)	-0,192*** (0,0665)	-0,150* (0,0783)	-0,152* (0,0787)
Pension d'invalidité (N : 142)	-0,045 (0,087)	-0,0376 (0,0852)	-0,0281 (0,087)
Rente d'incapacité (N : 34)	-0,124 (0,109)	-0,145 (0,101)	-0,157 (0,101)
Autre reconnaissance de handicap (N : 158)	0,0513 (0,0789)	0,074 (0,0864)	0,0651 (0,0847)

**Lecture** : Les personnes déclarant bénéficier de l'AAH ont une probabilité de recours réduite de 19,2 points par rapport aux personnes sans reconnaissance administrative à sexe, âge, nombre de limitations et besoins de dépistage équivalents. Ecarts-types robustes entre parenthèses.

	Mammographie (n=5 755)		
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3
Apa <sup>2</sup> (N : 100)	-0,0704 (0,057)	-0,0692 (0,0566)	-0,0676 (0,0581)
AAH <sup>1</sup> (N : 259)	-0,0925** (0,0471)	-0,0497 (0,0445)	-0,046 (0,0446)
Pension d'invalidité (N : 408)	0,016 (0,0293)	0,0204 (0,0291)	0,025 (0,0286)
Rente d'incapacité (N : 60)	0,00315 (0,0781)	-0,0104 (0,0821)	-0,0158 (0,0877)
Autre reconnaissance de handicap (N : 508)	0,0189 (0,0311)	0,0249 (0,0299)	0,0235 (0,0303)

**Lecture** : les femmes déclarant bénéficier de l'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. Ecarts-types robustes entre parenthèses.

	Vaccination contre l'hépatite B (n=13 249)		
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3
AAH <sup>1</sup> (N : 912)	-0,0915*** -0,0311	-0,0867*** -0,0332	-0,0874*** -0,0331
Pension d'invalidité (N : 964)	-0,0125 -0,0304	-0,0252 -0,0316	-0,0172 -0,0315
Rente d'incapacité (N : 220)	-0,0124 -0,0598	-0,0181 -0,0599	-0,0122 -0,0604
Autre reconnaissance de handicap (N : 922)	0,0166 -0,0332	0,0132 -0,0341	0,0172 -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. Ecarts-types robustes entre parenthèses.

<sup>1</sup> Allocation aux adultes handicapés <sup>2</sup> Allocation personnalisée d'autonomie

Champs : HSM, calculs Irdes.

Réalisation : Irdes.

 [Télécharger les données](#)

au frottis par rapport à celles n'ayant pas déclaré de reconnaissance administrative de handicap, tandis que les personnes titulaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa) voient leur probabilité de recours au dépistage du cancer du côlon réduite de 21 points par rapport aux personnes sans reconnaissance administrative de handicap.

**Malgré l'introduction des variables sociales, le différentiel de recours à la prévention des bénéficiaires de l'AAH persiste**

Dans les deux cas où une reconnaissance administrative de handicap autre que l'AAH est associée à un moindre recours – recours au frottis réduit de 4 points pour les femmes titulaires d'une pension d'invalidité et réduit de 21 points au dépistage

du cancer du côlon pour les personnes titulaires de l'Apa –, la prise en compte des variables sociales annule le différentiel négatif de recours. En revanche, pour les personnes titulaires de l'AAH, l'intégration des variables sociales dans l'analyse n'efface le différentiel de recours que pour le recours à la mammographie (-9 points avant prise en compte des variables sociales, non significatif après), comme nous l'avons vu précédemment. Pour les autres actes de prévention, le différentiel se réduit mais demeure significatif : -7 points pour le frottis (-17 points avant intégration des variables sociales), -15 points pour le dépistage du cancer du côlon (-19 points avant) tandis que le différentiel demeure inchangé pour la vaccination contre l'hépatite B, -9 points avant et après intégration des variables sociales.

\*\*\*

Cette étude met en évidence un différentiel négatif d'accès à la prévention des personnes en situation de handicap quel que soit l'indicateur de handicap utilisé, limitations fonctionnelles ou reconnaissance administrative. Ces écarts de recours sont particulièrement importants pour les dépistages du cancer du col de l'utérus et du côlon. Ces résultats font écho à ceux (Lengagne *et al.*, 2015) relatifs aux recours aux soins courants (dentistes, ophtalmologues et gynécologues). Trois facteurs participaient à l'explication des différentiels de recours négatifs des personnes en situation de handicap : une situation sociale plus défavorisée, des problèmes d'accès pour les personnes en fauteuil roulant et une concentration des inégalités d'accès aux soins sur les personnes bénéficiant

de l'AAH. Les constats sont globalement similaires pour la prévention même si la situation sociale des personnes handicapées semble avoir un impact moins fort sur les différentiels de recours. La prise en compte des variables sociales ne les fait diminuer que pour les dépistages des cancers féminins, sans les résorber complètement sauf pour le recours au dépistage de la mammographie pour les personnes déclarant des limitations motrices sans être en fauteuil roulant. Les difficultés d'accès physique aux bâtiments ou équipements médicaux expliquent sans doute en partie ce différentiel de recours, notamment pour les personnes déclarant des limitations motrices, et plus encore pour celles en fauteuil roulant. Sont susceptibles de s'ajouter

des obstacles spécifiques comme les difficultés de réalisation du test Hemocult® et d'autres comme les complications liées à l'expression des besoins, l'attitude des professionnels de santé, la tarification inadéquate des consultations plus longues liées à l'accueil de personnes en situation de handicap (Van Schroyen Lantman de Valk et Walsh, 2008). Enfin, les inégalités d'accès à la prévention se concentrent également sur les personnes percevant l'AAH. Dans l'étude relative aux soins courants (Lengagne *et al.*, 2015), une hypothèse expliquant le moindre recours des personnes percevant l'AAH était que, ne bénéficiant pas d'une prise en charge du ticket modérateur liée aux soins, contrairement aux autres motifs de reconnaissance admi-

nistrative du handicap, leur reste à charge les décourageait de recourir à des soins. Ici, cette explication ne peut être avancée, la plupart des actes de prévention étant pris intégralement en charge, à l'exception du frottis. Toutefois, l'hypothèse d'un effet socio-économique sur le recours des bénéficiaires de l'AAH au dépistage des cancers féminins peut être émise même s'il n'est perceptible que pour la mammographie et, dans une moindre mesure, pour le frottis. En revanche, pour les deux autres actes de prévention, la prise en compte des variables sociales ne modifie pas le différentiel de recours. Ainsi, d'autres hypothèses peuvent être avancées telles que le manque d'information et de sensibilisation à la prévention de cette population. ♦

## POUR EN SAVOIR PLUS

- Belot A., Grosclaude P., Bossard N., Jouglu E., Benhamou E., Delafosse P., Guizard A.V., Molinié F., Danzon A., Bara S., Bouvier A.M., Trétarre B., Bonder-Foucard F., Colonna M., Daubisse L., Hédelin G., Launoy G., Le Stang N., Maynadié M., Monnerieu A., Troussard X., Favier J., Collignon A., Janoray I., Arveux P., Buemi A., Raverdy N., Schwartz 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.
- Bigby J., Holmes M.D. (2005). "Disparities across the Breast Cancer Continuum". *Cancer causes & control : CCC*. 16(1):35-44.
- Garner E.I. (2003). "Cervical Cancer: Disparities in Screening, Treatment, and Survival. Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention". A publication of the American Association for Cancer Research, Cosponsored by the American Society of Preventive Oncology. 12(3):242s-7s.
- Gohet P. (2013). « L'avancée en âge des personnes handicapées. Contribution à la réflexion ». Inspection générale des affaires sociales (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 », InVS.
- HAS (2011). « Audition publique. Accès aux soins des personnes en situation de handicap : synthèse des principaux constats et préconisations ». Haute Autorité de santé.
- Igas (2011). « La prise en charge du handicap psychique ». Inspection générale des affaires sociales.
- Inca (2013). « Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1. Tumeurs solides », Juillet.
- Inpes (2012). « Guide des vaccinations ». Inpes.
- InVS (2009). « Surveillance et prévention des hépatites B et C en France : bilan et perspectives », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, numéro thématique, n° 20-21, mai.
- 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.
- Lastier D. (2011). « Programme de dépistage du cancer du sein en France : résultats 2007-2008, évolutions depuis 2004 », InVS.
- Lengagne P., Penneau A., Pichetti S., Sermet C. (2014). « L'accès aux soins dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques des personnes en situation de handicap en France. Une exploitation de l'enquête Handicap-Santé Ménages ». *Irdes, Questions d'économie de la santé*, n° 197, avril .
- Lengagne P., Penneau A., Pichetti S., Sermet C. (2015). « 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 », rapport Irdes à paraître.
- McColl M.A. (2005). "Disabilities Studies at the Population Level : Issues of Health Service Utilization". *Am J Occup Ther.*;59:516-26.
- Van Schroyen Lantman de Valk H.M, Walsh P.N. (2008). "Managing Health Problems in People with Intellectual Disabilities ». *BMJ.*;337:a2507.

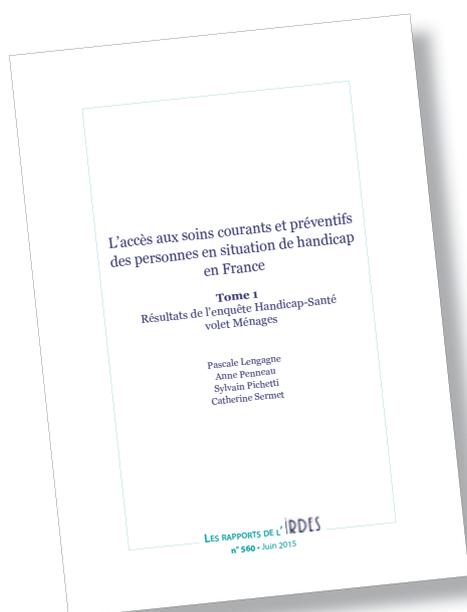
**IRDES** INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ •  
117bis, rue Manin 75019 Paris • Tél. : 01 53 93 43 02 • Fax : 01 53 93 43 07 •  
www.irdes.fr • Email : publications@irdes.fr •

**Directeur de la publication** : Yann Bourgueil • **Rédactrice en chef technique** : Anne Evans • **Secrétaire de rédaction** : Anna Marek •  
**Relecteurs** : Véronique Lucas-Gabrielli, Jean-Baptiste Combes • **Premier maquettiste** : Franck-Séverin Clérembault • **Assistant à la mise en page** : Damien Le Torrec •  
**Imprimeur** : TCH Réalisation (Boulogne-Billancourt, 92) • **Dépôt légal** : juin 2015 • **Diffusion** : Sandrine Béquignon, Suzanne Chriqui •  
**Abonnement annuel** : 60 € • **Prix du numéro** : 6 € • **ISSN** : 1283-4769.

## À PARAÎTRE PROCHAINEMENT

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

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 réalisé à partir d'une même base de données et selon une méthodologie partagée pour tous les soins comme c'est le cas dans ce rapport. Ce rapport est composé de deux volets, l'un centré sur les personnes handicapées résidant en ménage, l'autre sur celles résidant en institution.



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

*Pascale Lengagne, Anne Penneau, Sylvain Pichetti, Catherine Sermet*

Rapport n° 560 - juin 2015

**Introduction** • **1. Contexte** • Objectifs • Définition du handicap • **2. Méthodologie** • L'enquête Handicap-Santé • L'enquête Handicap-Santé volet Ménages (HSM) • L'appariement avec les données Sniram • **Les marqueurs de handicap** • Les limitations fonctionnelles • La reconnaissance administrative de handicap • Croisement de la reconnaissance administrative du handicap et des limitations fonctionnelles • Les variables de contexte • **3. Résultats** • **Les soins dentaires** • Le recours aux soins dentaires • Etude de la dépense, des restes à charge et des dépassements d'honoraires liés aux soins dentaires • **Les soins ophtalmologiques** • Le recours aux soins ophtalmologiques • Etude de la dépense, des restes à charge et des dépassements d'honoraires liés aux soins ophtalmologiques • **Les soins gynécologiques** • Le recours aux soins gynécologiques • Etude de la dépense, des restes à charge et des dépassements d'honoraires liés aux soins gynécologiques • **L'accès aux soins préventifs des personnes en situation de handicap** • Le dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-vaginal • Le dépistage du cancer du sein par mammographie • Le cancer du côlon • La vaccination contre l'hépatite B • Dépistage du cholestérol • **4. Discussion**

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

*Anne Penneau, Sylvain Pichetti, Catherine Sermet*

Rapport n° 561 - juin 2015

**Introduction** • **1. Contexte** • Objectifs • **Les établissements pour adultes handicapés** • Les maisons d'accueil spécialisé (Mas) et les foyers d'accueil médicalisé (Fam) • Les foyers de vie et les foyers d'hébergement • Les établissements psychiatriques • Les centres de réinsertion sociale • Les établissements pour personnes âgées • **L'organisation des soins courants et préventifs dans les établissements médico-sociaux** • Les établissements médicalisés • Les établissements non médicalisés • Aperçu de la littérature sur l'organisation des soins courants et préventifs dans les établissements d'hébergement pour les personnes en situation de handicap • L'enquête Handicap-Santé • L'enquête Handicap-Santé volet Institutions (HSI) • L'appariement avec les données du Sniram • **2. Le recours aux soins en institution** • Objectifs • Méthodologie • Les marqueurs de handicap • Les variables de contexte • **Résultats** • Les soins courants • Les soins préventifs • **3. Comparaison « ménages » et « institutions »** • Méthodologie • Méthode d'appariement • Variables explicatives (ou dites d'appariement) • **Résultats** • Les soins courants • Les soins préventifs • **4. Discussion**

