

Accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap en France : une exploitation de l'enquête Handicap-Santé Ménages

Sylvain Pichetti, Anne Penneau, Pascale Lengagne et Catherine Sermet (IRDES)

Mots-clés : handicap, accès aux soins, déterminants sociaux

Introduction

Il y a presque dix ans, les pouvoirs publics ont fait de l'accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de handicap une priorité nationale inscrite dans la loi du 11 février 2005. Trois ans après la promulgation de la loi, l'audition publique conduite par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2008 sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap soulignait que si la société française avait progressé sur l'essentiel des soins spécifiques au handicap, les obstacles à l'accès aux soins courants ainsi qu'aux soins préventifs étaient encore multiples et complexes (HAS, 2011). Depuis cette période, la connaissance des problèmes d'accès aux soins courants a plutôt bien progressé dans de nombreux pays mais est restée en revanche trop parcellaire en France. Le moindre recours a été mis en évidence pour les soins préventifs dans d'autres pays que la France, par exemple pour les examens ophtalmologiques de routine, et les examens de dépistage des cancers, tels que la mammographie, le frottis cervico-vaginal, le dosage des antigènes spécifiques de la prostate (PSA) (Chan et al. 2008; Chevarley et al. 2006; Drew & Short, 2010; Ramirez et al. 2005). Concernant les soins curatifs, le constat est le même, le recours aux soins médicaux, dentaires, aux soins de spécialistes, à la rééducation, aux médicaments et aux lunettes sont moins fréquents (Horner-Johnson, 2014). Malgré des contacts réguliers avec les médecins, les besoins non satisfaits sont plus fréquents pour les personnes en situation de handicap (Beatty, Hagglund, Neri, Dhont, Clark & Hilton, 2003; Chevarley et al. 2006; Parish & Huh, 2006) (Popplewell, 2014).

Le faible nombre d'études portant sur ces sujets en France est à rapprocher de l'absence de données, qui a longtemps prévalu, permettant à la fois d'identifier et de caractériser la population des personnes en situation de handicap et de mesurer le recours de cette population aux soins dans les enquêtes de santé en population générale. Les enquêtes Handicap Santé Ménages (HSM) et Institution (HSI) réalisées par la Drees et l'Insee en 2008-2009 ont en partie comblé ce manque en permettant de surcroît d'approcher le handicap de plusieurs façons, selon son type, sa gravité ou la reconnaissance administrative de celui-ci. Si les études françaises consacrées au sujet de l'accès aux soins sont demeurées rares ces dernières années, plusieurs rapports ont néanmoins permis de faire progresser la connaissance sur des problèmes ciblés d'accès aux soins : sur les soins dentaires, rapport Limouzin (2004), rapport Hescot et Moutarde (2010), sur la mammographie (enquête en PACA, 2011), sur le dépistage des cancers chez les personnes en situation de handicap (CREAI, 2010), sur la prise en charge du handicap psychique (IGAS, 2011). L'audition publique de la HAS en 2008 a permis également de passer en revue l'accès à plusieurs soins (HAS, 2011). Dix ans après la promulgation de la loi de 2005, notre étude ambitionne de proposer un panorama récent de l'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap.

Cette étude comporte l'analyse de trois soins courants (les soins dentaires, les soins ophtalmologiques et les soins gynécologiques) et de quatre actes de prévention ou de dépistage (le dépistage du cancer du sein, le dépistage du cancer du col de l'utérus, le dépistage du cancer colorectal et la vaccination contre l'hépatite B) qui représentent tous des enjeux importants d'accès aux soins.

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

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

La France a généralisé en 2004 à l'ensemble du territoire un programme de dépistage organisé du **cancer du sein** à destination des femmes de 50 à 75 ans comportant une mammographie et un examen des seins. Le taux de participation à ce dépistage est stabilisé depuis 2008 et est légèrement supérieur à 50% (Lastier, Salines et Rogel (2013). Il n'existe pas de dépistage organisé du **cancer du col de l'utérus**¹ en France. Le dépistage individuel par frottis cervico-utérin est en revanche largement pratiqué, mais il est très inégalement réparti, certaines femmes le réalisant à des intervalles plus courts que les 3 ans recommandés. En moyenne, le taux de couverture est estimé à 58,7% par la Cnamts et à 81 % à partir des déclarations des femmes concernées dans le baromètre

¹ A l'exception de 4 départements.

santé (Duport (2008)). Le dépistage du **cancer du côlon** par un test de sang occulte dans les selles a été généralisé en 2008 à l'ensemble du territoire pour toutes les personnes âgées de 50 à 74 ans. Après plusieurs années de généralisation, les taux de participation à ce dépistage restent faibles, à peine supérieurs à 30%, bien en deçà du taux minimum européen « acceptable » de 45% (INVS, 2012). En vigueur depuis 1982, la **vaccination contre l'Hépatite B** n'a pas de caractère obligatoire. Elle est cependant recommandée pour tous les enfants avant 15 ans et chez les personnes à risque élevé d'exposition, comme les enfants et adolescents accueillis dans les services et institutions pour l'enfance et la jeunesse handicapées et les enfants et adultes accueillis dans les institutions psychiatriques. La diffusion de ce vaccin a été très largement freinée par une polémique sur le risque de développement ou de réactivation de scléroses en plaques consécutif à la vaccination contre l'Hépatite B. Ce risque n'a jamais été démontré et l'OMS a maintenu les recommandations de vaccination (OMS, 2002).

L'objectif principal de cette étude est d'analyser, à partir des données françaises issues de l'enquête Handicap Santé Ménages (HSM) de 2008, l'accès des personnes en situation de handicap aux soins courants et préventifs et de le comparer à celui des personnes sans handicap, en fonction de plusieurs marqueurs du handicap. Une fois ces écarts caractérisés, il s'agit ensuite d'analyser leurs variations après introduction de variables socioéconomiques et géographiques. En outre, pour les trois soins courants, une analyse du nombre de séances, des dépenses à nombre de séance donné, des restes à charge et des dépassements d'honoraires liés aux soins et à l'achat des dispositifs (dentaire et optique) est réalisée à partir des données de l'enquête HSM appariée avec les données du Sniiram². Cet article est organisé de la façon suivante. La première section présente les données et la méthodologie mobilisées, notamment les marqueurs du handicap retenus pour cette étude. La deuxième section précise les options qui ont été retenues pour caractériser des indicateurs de besoins de soins. La troisième présente le modèle économétrique, la quatrième les résultats sur les recours aux soins, la cinquième les résultats sur le nombre de séances, les dépenses, les restes à charge et les dépassements d'honoraires et la sixième est consacrée à une discussion des résultats.

1. Les données et les options méthodologiques de l'étude

Les données utilisées dans cette étude proviennent de l'enquête Handicap Santé et plus précisément de sa partie ménage (HSM) 2008 recueillie par l'INSEE et qui a pour objet d'évaluer les problèmes de handicap et de dépendance, ainsi que les difficultés rencontrées dans leur vie quotidienne par les personnes concernées. Le volet ménage permet de recueillir les réponses aux principaux modules du questionnaire pour 29 931 personnes, en situation de handicap ou non. Les questions posées aux enquêtés portent tant sur l'état de santé des individus que sur le repérage des handicaps en passant par une description de leur environnement social et familial. Pour les trois soins courants et pour la vaccination contre l'hépatite B, le choix a été fait de se restreindre à la population adulte âgée de 20 à 60 ans, la borne de 60 ans marquant en France le passage de la protection sociale des personnes handicapées à celle des personnes âgées dépendantes³. Toutefois, cette « règle » a été assouplie

² Système National d'Informations Inter Régimes d'Assurance Maladie (SNIIRAM).

³ <http://vos-droits.apf.asso.fr/files/Notesjuridiques/NJ%20Ressources%20et%20h%C3%A9bergement%20apr%C3%A8s%2060%20ans.pdf>

pour plusieurs soins préventifs ce qui a conduit à retenir des personnes plus âgées, afin de s'aligner sur les bornes d'âges en vigueur dans les recommandations nationales spécifiques à ces dépistages et actes préventifs (25-64 ans pour le dépistage du cancer du col de l'utérus et 50-74 ans à la fois pour la mammographie et pour le dépistage du cancer du côlon).

La partie de l'étude consacrée à l'accès aux soins courants et préventifs a été réalisée uniquement à partir des déclarations des personnes enquêtées plutôt qu'à partir des données du Sniiram appariées avec l'enquête qui auraient pu être mobilisées pour les seuls trois soins courants. En revanche, l'analyse de la dépense et des restes à charge a pu être réalisée à partir des données du Sniiram, dès lors qu'elle ne porte par définition que sur les consommateurs.

La définition des marqueurs de handicap est une question très complexe, dans la mesure où elle renvoie à l'aspect multidimensionnel du handicap. Si la loi du 11 février 2005 a donné une définition désormais partagée de la notion de handicap⁴, sa traduction sous formes d'indicateurs peut donner lieu à des interprétations multiples, ainsi que l'illustre la variété des indicateurs qui peuvent se rencontrer dans la littérature. Dans cette étude, la caractérisation de la population en situation de handicap est abordée selon deux dimensions. La première 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 catégorie des limitations motrices, les personnes en fauteuil roulant ont été regroupées dans une catégorie séparée. La deuxième approche est basée sur la reconnaissance administrative du handicap, mesurée par l'accès à des prestations (par exemple pension d'invalidité, rente d'incapacité), allocations (notamment Allocation Adulte Handicapé), emplois ou droits spécifiques. La reconnaissance administrative « officialise » le handicap et permet en outre de tester l'influence du type d'allocations perçues sur l'accès aux soins : certaines reconnaissances administratives de handicap (pensions d'invalidité, rentes d'incapacité) induisent pour leurs bénéficiaires une prise en charge du ticket modérateur dans la limite du tarif de remboursement de la Sécurité sociale contrairement à d'autres (AAH).

2. La caractérisation d'une partie des besoins de soins et les autres variables explicatives retenues

Pour la plupart des soins analysés dans cette étude, les personnes en situation de handicap manifestent probablement des besoins de soins différents de ceux des personnes sans handicap, sans doute la plupart du temps plutôt supérieurs (HAS, 2011). L'idéal serait de connaître l'état de santé préexistant au recours aux soins. Dans la pratique, l'enquête HSM permet difficilement d'approcher cet état de santé antérieur au recours aux soins et n'offre pas vraiment d'instruments susceptibles de traiter la question du besoin de soins de façon complètement satisfaisante. Une

⁴ « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable, définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

réflexion a donc été conduite pour chaque soin, afin d'essayer de retenir des variables permettant de caractériser au moins une partie du besoin. Pour les soins dentaires, la sélection a porté sur les déchaussements dentaires qui présentent l'avantage de matérialiser un besoin de soins dont on peut penser qu'il préexiste au recours aux soins dentaires et qu'il subsiste après ce recours. Pour les soins ophtalmologiques, le besoin a été approché en considérant la population formée par les personnes diabétiques pour lesquelles une consultation ophtalmologique annuelle est recommandée. Les besoins gynécologiques ont été définis en regroupant l'ensemble des femmes ayant déclaré une maladie de l'appareil urinaire, une affection du sein, une affection inflammatoire ou non des organes pelviens, des affections dont l'origine se situe dans la période périnatale ou étant enceintes au moment de l'enquête. S'agissant du dépistage du cancer du col de l'utérus, ce sont les besoins de suivi qui ont été caractérisés en considérant 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'utérus⁵. Le besoin de mammographie a été approché en considérant les femmes ayant déclaré avoir une affection du sein ainsi que les femmes ayant eu un cancer du sein dans le passé. Enfin, les besoins de vaccination contre l'hépatite B reposent sur deux variables : la première regroupe les personnes atteintes du VIH, les insuffisants rénaux et les immigrés (cette dernière population représentant la plus grande part de cet indicateur) tandis que la deuxième rassemble les personnes exerçant des professions intermédiaires de la santé et du travail social qui ont l'obligation d'être vaccinées (même s'il n'a pas été possible de retrouver les médecins dans la base).

D'autres variables explicatives du recours aux soins ont été retenues dans l'analyse. L'âge de l'individu (en huit tranches d'âge), le sexe et le fait d'être ou non en couple sont des facteurs qui sont souvent explicatifs des recours aux soins (Raynaud, 2002 ; Pichetti, Raynaud, Vidal, 2009). Par ailleurs, le recours aux soins suit généralement un gradient social (Raynaud, 2005), ce qui a justifié l'introduction de variables telles que le diplôme de l'individu, le revenu du ménage par unité de consommation et une variable qui croise les informations sur la couverture complémentaire et le bénéfice éventuel d'une exonération du ticket modérateur. Cette dernière variable permet de couvrir toutes les situations : CMUC, complémentaire santé sans exonération du ticket modérateur, complémentaire santé avec exonération, pas de complémentaire et exonération, pas de complémentaire et pas d'exonération et pas de réponse sur la complémentaire santé. Le zonage en aires urbaines (ZAUER) a également été introduit comme variable explicative du recours aux soins, de même que la variable « Départements d'Outre-mer ».

⁵ En fait, les affections citées ci-dessus ne sont pas des indications explicites du frottis cervico-vaginal. En revanche, elles augmentent la probabilité d'avoir consulté un gynécologue et de ce fait, la probabilité d'avoir eu un frottis à cette occasion

3. Le modèle économétrique

Deux types de régression ont été utilisés dans cet article : les régressions logistiques pour analyser le recours aux soins et les régressions linéaires pour analyser la consommation de soins. Dans tout problème de régression, on cherche à écrire l'espérance conditionnelle de la variable à expliquer Y comme combinaison linéaire de régresseurs X.

Soit p variables explicatives :

$$E(Y/X=x) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_p X_p$$

La régression logistique binaire permet d'exprimer une variable à expliquer binaire (tel que le fait d'avoir ou non recours à des soins) en fonction de variables explicatives. La régression linéaire multiple permet d'exprimer une variable à expliquer continue en fonction de variables explicatives. Les coefficients calculés des régressions logistiques et linéaires correspondent aux effets marginaux qui s'interprètent directement comme les variations de probabilités de la variable à expliquer en fonction des variables explicatives.

Des tests réalisés sur les régressions ont fait apparaître de l'hétéroscédasticité (test de Breusch-Pagan). Cette hétéroscédasticité a été en partie corrigée grâce à l'utilisation de régressions à écart-type robuste. En effet, l'utilisation de régressions à écart-type robuste permet d'assurer une distribution linéaire des résidus ainsi que leur homoscedasticité. Enfin, des tests pour détecter la multicollinéarité ont également été réalisés à partir du calcul de la « variance inflation factor » (VIF). Le VIF est la réciproque de la tolérance, celle-ci est obtenue par la régression d'une variable explicative sur toutes les autres variables explicatives du modèle. Le VIF permet d'indiquer l'augmentation de la variance des coefficients en présence de multicollinéarité. Lors de l'absence totale de multicollinéarité, le VIF vaut 1. Lorsqu'il dépasse 5, on peut admettre une multicollinéarité sévère. Aucune multicollinéarité sévère n'a été détectée.

4. Les résultats relatifs au recours aux soins

L'horizon temporel de l'analyse du recours est très différent selon les types de soins étudiés : il correspond à une année pour chacun des trois soins courants, deux années pour les dépistages du cancer du sein et du cancer du côlon, trois années pour le dépistage du cancer du col de l'utérus et enfin une période de dix ans pour la vaccination contre l'hépatite B. La probabilité de recours aux soins déclarée par les personnes enquêtées est très variable d'un type de soins à l'autre, avec la probabilité la plus faible pour les soins ophtalmologiques (0,19) et la probabilité la plus élevée à la fois pour la mammographie et pour le frottis (0,8) (tableau 1). S'agissant de ces deux derniers soins, le niveau de recours déclaré apparaît particulièrement élevé au regard de ce que les données de remboursement de la Cnamts peuvent mettre en évidence, ce qui témoigne de la présence probable d'un biais de désirabilité sociale. Ainsi, sur la période de 2003-2005, la Cnamts évaluait le taux de recours à 58,7% pour les femmes âgées de 25 à 65 ans alors que 81% des femmes de cette même tranche d'âge enquêtées par le baromètre cancer avaient déclaré avoir recours à ce dépistage au cours des trois dernières années (Duport, 2008). Dans une première comparaison de moyenne qui

ne neutralise aucun facteur explicatif du recours, la plupart des indicateurs de handicap réduit la probabilité de recours aux soins, sauf pour les soins ophtalmologiques pour lesquels un phénomène inverse est observé. Les moyennes de recours sont inférieures de 4,5 à 6,4 points pour les soins dentaires en fonction des indicateurs de handicap utilisés, elles le sont de 11,5 à 15,5 points pour les soins gynécologiques, de 12 à 21 points pour le recours au frottis, de 4,5 à 10 points pour le recours à la mammographie, de 6 à 23 points pour le recours à la vaccination contre l'hépatite B et de 12,6 à 18 points pour le recours au dépistage du cancer du côlon (tableau 1). En revanche, les moyennes de recours aux soins ophtalmologiques sont supérieures d'environ 4 points.

Tableau 1 : Comparaison des moyennes de recours aux soins en fonction des indicateurs de handicap

	Limitations motrices	Limitations cognitives	Limitations visuelles	Limitations auditives	Reconnaissance administrative
Soins dentaires 0,56	-6,2***	-6,4***	-5**	NS	-4,5***
Soins ophtalmologiques	4,9***	2,5**		4,5**	4,8***
Soins gynécologiques 0,49	-15,5***	-11,5***	-13***	NS	-12,5***
Frottis 0,80	-17***	-14,2***	-20,6***	-12,1***	-17,1***
Mammographie 0,80	-7,5***	-9,7***	-4,5**	-6,5***	-5,7***
Vaccination hépatite B 0,50	-13***	-6,2***	-23,2***	-10,3***	-13,2***
Cancer côlon 0,40	-12,6***	-18,2***	-13,4***	NS	-14,5***

Note de lecture : la probabilité de recours aux soins dentaires s'établit à 0,56. La différence entre la moyenne de recours aux soins dentaires des personnes déclarant au moins une limitation motrice et les personnes ne déclarant pas de limitations motrices est de 6 points.

*** significatif au seuil de 1% ; ** significatif au seuil de 5% ; NS : non significatif

Source : HSM, calculs IRDES

Une première analyse « toutes choses égales par ailleurs » qui ne fait d'abord intervenir que les variables démographiques (âge et sexe) et les proxys de besoins de soins confirme la singularité des résultats relatifs aux soins ophtalmologiques et les similitudes entre soins dentaires et soins gynécologiques. Les probabilités de recourir aux soins dentaires et gynécologiques sont inférieures pour les personnes en fauteuil roulant (respectivement de 12 et de 19 points) ainsi que pour celles qui déclarent des limitations motrices sans être en fauteuil roulant (respectivement de 8 et de 12 points) par rapport aux personnes sans limitations motrices. Pour ces mêmes soins, il apparaît également un différentiel de recours négatif pour les personnes déclarant des limitations cognitives (respectivement de 5 et de 11 points) par rapport aux personnes ne déclarant pas de limitations cognitives (tableau 2). Ce constat est corroboré par les résultats obtenus sur la reconnaissance administrative de handicap : elle est associée à une réduction de la probabilité de recourir à ces deux soins d'environ 5 et 11 points. Dans le détail, seule la perception de l'AAH explique ces différentiels de recours aux soins (de 9 points pour les soins dentaires, de 17 points pour les soins gynécologiques) au contraire des autres motifs de reconnaissance administrative pour lesquels aucun différentiel de recours aux soins n'est constaté. L'analyse des soins ophtalmologiques fait apparaître un différentiel d'accès positif pour les personnes déclarant une reconnaissance administrative de handicap (3 points), alors qu'aucun écart de recours significatif n'est identifié au niveau des

limitations fonctionnelles. A un niveau plus fin, l'analyse par type de reconnaissance de handicap met en exergue des résultats très contrastés entre les bénéficiaires de l'AAH qui sont liés à une probabilité de recours aux soins ophtalmologiques inférieure de 4 points par rapport aux personnes sans reconnaissance administrative de handicap et les titulaires d'une pension d'invalidité qui présentent une probabilité de recours supérieure de 8 points par rapport à la même référence. Les différences observées entre titulaires de l'AAH et bénéficiaires d'une pension d'invalidité pourraient s'expliquer en partie par le caractère inégalement protecteur des dispositifs dont ils bénéficient. La pension d'invalidité est assortie d'une prise en charge intégrale des frais de santé, dans la limite du tarif de remboursement de la Sécurité sociale, au contraire de l'AAH qui n'emporte aucune conséquence en termes d'exonération du ticket modérateur, à moins que l'assuré ne bénéficie de la CMUC ou soit en ALD.

La deuxième analyse « toutes choses égales par ailleurs » ajoute aux variables d'âge, de sexe et de proxys de besoins de soins déjà intégrés dans l'analyse précédente des variables sociales (diplôme, revenu, couverture complémentaire) et géographiques (zonage en aire urbaine et DOM). Les résultats correspondant à cette deuxième analyse apparaissent pour chaque soin dans la deuxième colonne (tableau 2). Après intégration des variables sociales et géographiques, il n'est plus constaté de différentiel significatif d'accès aux soins dentaires et gynécologiques pour les personnes qui déclarent des limitations cognitives. Ce résultat peut être rattaché au fait que les personnes déclarant des limitations fonctionnelles présentent plus souvent des caractéristiques socio-économiques défavorables, ce qui pourrait en partie expliquer leur déclaration de recours aux soins dentaires et gynécologiques inférieurs avant introduction des variables sociales. En revanche, un différentiel de recours quasiment de même ampleur à celui qui prévalait avant intégration des variables sociales persiste pour les personnes qui sont en fauteuil roulant (de 12 points pour les soins dentaires et de 17 points pour les soins gynécologiques) et pour les femmes qui ont des limitations motrices sans être en fauteuil (de 8 points pour les soins gynécologiques). La relative stabilité des résultats obtenus sur ces personnes avant et après prise en compte des variables sociales laisse place à d'autres hypothèses explicatives du moindre recours aux soins, telles que l'accessibilité physique aux structures de soins, au fauteuil dentaire ou à la table gynécologique. Pour les personnes qui bénéficient d'une reconnaissance administrative de handicap, la prise en compte des variables sociales annule le différentiel de recours aux soins pour les soins dentaires et les soins gynécologiques ou le réduit fortement (de 9 points au lieu de 17 points) pour les femmes bénéficiaires de l'AAH dans le cadre des soins gynécologiques. Les résultats relatifs aux soins ophtalmologiques après intégration des variables sociales se différencient dans la mesure où ils font état d'une probabilité de recours supérieure à la fois pour les personnes ayant déclaré des limitations cognitives (+4 points) et également pour les personnes bénéficiant d'une reconnaissance administrative (+6 points). L'écart de recours positif des personnes déclarant des limitations cognitives est difficilement interprétable dès lors qu'il est spécifique aux personnes ayant déclaré uniquement être souvent impulsives ou agressives, ce qui renvoie à une hétérogénéité de situations qu'il est difficile d'analyser. Le différentiel de recours associé à la reconnaissance administrative est au contraire d'explication plus intuitive car majoritairement imputable aux titulaires d'une pension d'invalidité (dont le recours augmente de 10 points après prise en compte des variables sociales) qui bénéficient d'une prise en charge à 100% de leurs frais médicaux.

Tableau 2 : impact des indicateurs de handicap sur la probabilité de recours aux soins courants avant et après prise en compte des variables sociales

		Soins dentaires		Soins ophtalmologiques		Soins gynécologiques	
		Avant sociales	Après sociales	Avant sociales	Après sociales	Avant sociales	Après sociales
Limitations fonctionnelles	Fauteuil roulant	-12	-12	NS	NS	-19	-17
	Motrices	-8	NS	NS	NS	-12	-8
	Cognitives	-5	NS	NS	+4	-11	NS
Reconnaissance Administrative		-5	NS	+3	+6	-11	NS
AAH		-9	NS	-4	NS	-17	-9
Pension d'invalidité		NS	NS	+8	+10	NS	NS
Rente d'incapacité		NS	NS	NS	NS	NS	NS
Autres reconnaissances		NS	NS	+6	+8	NS	NS

Note de lecture : les personnes ayant déclaré au moins une limitation fonctionnelle motrice ont une probabilité de recourir à des soins dentaires inférieure de 8 points par rapport aux personnes n'ayant pas déclaré de limitations fonctionnelles, à âge, sexe et indicateur de besoins de soins dentaires équivalents. Après prise en compte des variables sociales, le différentiel de recours aux soins dentaires n'est plus significatif entre les personnes ayant déclaré au moins une limitation fonctionnelle motrice et les personnes n'ayant pas déclaré de limitations fonctionnelles.

Source : HSM, calculs IRDES

S'agissant des soins préventifs, une première analyse « toutes choses égales par ailleurs » qui ne fait intervenir que les variables démographiques (âge et sexe) et une partie des besoins de soins montre que les personnes en fauteuil roulant sont systématiquement associées à une probabilité de recours inférieure, quel que soit le soin, dans une proportion qui varie de 15 à 27 points par rapport aux personnes sans limitations motrices (tableau 3). Pour les personnes déclarant des limitations motrices sans toutefois être en fauteuil roulant, le recours est également inférieur pour trois des quatre soins courants, dans une proportion de 5 à 13 points, à l'exception toutefois du dépistage de l'hépatite B pour lequel le recours n'est pas significativement différent de celui des personnes sans limitations fonctionnelles motrices. Un résultat semblable est obtenu pour les personnes qui déclarent des limitations cognitives pour lesquelles l'accès aux trois soins préventifs (dépistage du cancer du col de l'utérus, dépistage du cancer du sein, dépistage du cancer du côlon) est associé à des recours inférieurs par rapport aux personnes sans limitations fonctionnelles cognitives. Ces résultats obtenus à partir des limitations fonctionnelles sont confirmés par ceux obtenus sur la reconnaissance administrative de handicap pour tous les soins préventifs, dans une proportion qui varie de 4 à 14 points. Une analyse fine par motif de reconnaissance de handicap montre que le recours aux soins est principalement réduit pour les bénéficiaires de l'AAH, dans une proportion qui varie de 9 à 19 points. Les autres motifs de reconnaissance administrative de handicap ne s'accompagnent pas en revanche de réduction de la probabilité de recourir aux soins, sauf pour le

recours au dépistage du cancer du côlon pour les titulaires d'une pension d'invalidité (recours réduit de 4 points).

La prise en compte des variables sociales ne réduit que très marginalement voire pas du tout le différentiel de recours en défaveur des personnes en situation de handicap lorsque celui-ci est mesuré à partir des limitations fonctionnelles, ce qui se vérifie sans restriction pour le dépistage du cancer du côlon et le dépistage de l'hépatite B. Ce résultat pourrait attester de la persistance de problèmes d'accès physique aux soins préventifs ainsi peut-être que d'autres facteurs non liés à la situation sociale de la personne tels que les carences éventuelles de suivi médical, la complexité de l'acte chez la personne handicapée, le manque d'information, la discrimination... S'agissant du dépistage du cancer du col de l'utérus et de la mammographie, si la prise en compte des variables sociales ne réduit jamais le différentiel de recours pour les personnes en fauteuil roulant, elle le réduit en revanche de moitié pour les personnes ayant déclaré des limitations motrices sans être en fauteuil (cancer du col de l'utérus) et annule même le différentiel de recours pour la mammographie.

Pour les résultats relatifs aux bénéficiaires de l'AAH, la prise en compte des variables sociales réduit assez fortement le différentiel de recours par rapport aux personnes sans reconnaissance administrative de handicap pour tous les soins préventifs, à l'exception de la vaccination contre l'hépatite B pour laquelle le différentiel demeure inchangé.

Tableau 3 : impact des indicateurs de handicap sur le recours aux soins préventifs avant et après prise en compte des variables sociales

	col de l'utérus		cancer du sein		cancer du côlon		hépatite B	
	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après
Limitations fonctionnelles								
Fauteuil roulant	-15	-11	-25	-24	-27	-25	-18	-20
Lim motrices sans fauteuil	-9	-4	-5	NS	-13	-12	NS	NS
Limitations cognitives	-9	-4	-7	-5	-15	-13	NS	NS
Limitations visuelles	-12	-11	NS	NS	NS	NS	-16	-17
Reconnaissance	-14	-7	-7	NS	-14	-11	-4	NS
AAH	-17	NS	-9	NS	-19	-14	-9	-9
Pension d'invalidité	-4	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Rente d'incapacité	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Autres reconnaissances	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS

Note de lecture : les personnes ayant déclaré au moins une limitation fonctionnelle motrice sans être en fauteuil roulant ont une probabilité de recourir au dépistage du cancer du col de l'utérus inférieure de 9 points par rapport aux personnes n'ayant pas déclaré de limitations fonctionnelles, à âge, sexe et indicateur de besoins de soins équivalents. Après prise en compte des variables sociales, le différentiel de recours au dépistage du cancer du col de l'utérus n'est plus que de 4 points entre les personnes ayant déclaré au moins une limitation fonctionnelle motrice et les personnes n'ayant pas déclaré de limitations fonctionnelles.

Source : HSM, calculs IRDES

5. Les résultats relatifs aux dépenses et restes à charge

L'analyse de la dépense, des restes à charge et des dépassements d'honoraires a pu être entreprise pour chacun des trois soins courants à partir des données du Sniiram appariées à l'enquête HSM. L'analyse a pu être conduite à la fois pour les dépenses occasionnées par les consultations mais aussi pour les dépenses liées à l'acquisition des dispositifs, qu'il s'agisse des prothèses dentaires ou des dispositifs d'optique. L'intégralité des résultats relatifs aux dépenses et aux restes à charge est contrôlée par les variables démographiques (sexe et âge), sociales (diplôme, revenu et complémentaire santé) et géographiques (zonage en aire urbaine).

Pour les individus qui ont effectivement recouru aux soins courants, les indicateurs de handicap n'influencent le nombre de séances que chez le gynécologue (tableau 4) : l'augmentation d'un point du score de limitations fonctionnelles motrices des femmes est associée à un nombre de séances inférieur de 4% tandis que les femmes bénéficiant d'une reconnaissance administrative affichent un nombre de séance inférieur de 20% par rapport aux femmes sans reconnaissance administrative. Des trois soins considérés dans l'analyse, les soins gynécologiques sont sans doute ceux pour lesquels la dimension d'accès physique est la plus problématique, l'accès à la table gynécologique pouvant occasionner des difficultés susceptibles de peser sur la fréquence des consultations. Cela étant, l'accès au fauteuil dentaire serait également susceptible d'occasionner des difficultés, mais elles ne semblent pas associées, dans notre étude, à la fréquence des consultations.

La dépense de soins dentaires à nombre de séance équivalent est la seule à être liée aux indicateurs de handicap introduits : elle est supérieure pour les individus déclarant des limitations auditives (11%) et inférieure pour les bénéficiaires de l'AAH (-14%) ainsi que pour les titulaires d'une pension d'invalidité (-11%). Ce différentiel positif des dépenses de soins dentaires pour les personnes déclarant des limitations auditives se retrouve également dans les dépenses de prothèses dentaires (tableau 5), supérieures de 24,5% pour ces personnes par rapport aux personnes sans limitations fonctionnelles auditives. Au contraire, à nombre de séances équivalent, les dépenses dentaires réduites des personnes ayant une reconnaissance administrative de handicap, et plus précisément des bénéficiaires de l'AAH s'expliquent sans doute par des comportements spécifiques en termes de soins (davantage de soins provisoires moins coûteux). En revanche, les dépenses de prothèses dentaires des bénéficiaires de l'AAH ne se différencient pas de celles des personnes qui n'ont pas de reconnaissance administrative de handicap toutes choses égales par ailleurs.

Le reste à charge à nombre de séances équivalent de chacun des trois soins subit en revanche l'influence de plusieurs indicateurs de handicap. L'augmentation du score de limitations motrices est liée à des restes à charge inférieurs de 5 % pour les soins gynécologiques, de 15 % pour les soins dentaires et de 8% pour les soins ophtalmologiques. Les restes à charge consécutifs aux consultations dentaires et aux consultations ophtalmologiques sont inférieurs de 8 % lorsque le score de limitations cognitives augmente d'un point. Ces résultats sont confirmés par ceux obtenus auprès des personnes bénéficiant d'une reconnaissance administrative de handicap : leur reste à charge est significativement inférieur de 52% pour les soins ophtalmologiques, de 58 % pour les soins gynécologiques et de 103 % pour les soins dentaires par rapport aux personnes sans reconnaissance administrative de handicap. Dans le détail, le différentiel de reste à charge est particulièrement marqué pour les personnes titulaires d'une pension d'invalidité. Sans doute ces résultats sont-ils explicables par le caractère protecteur de la pension d'invalidité qui octroie l'exonération du ticket

modérateur, qui doit également bénéficier à une partie des personnes ayant déclaré des limitations fonctionnelles motrices. La réduction du reste à charge pour les bénéficiaires de l'AAH peut être en partie la résultante mécanique de leur dépense de soins dentaires plus faible que celle des personnes sans reconnaissance administrative de handicap.

Des résultats assez semblables sont obtenus sur les restes à charge liés à l'acquisition des dispositifs de soins (dentaire et optique). L'augmentation du score de limitations fonctionnelles motrices est associée à des restes à charge, à nombre de séances donné, inférieurs de 8 % pour l'optique et de 19,5 % pour les prothèses dentaires et ce constat est corroboré par la reconnaissance administrative (inférieur de 45 % pour l'optique et de 147% pour les prothèses dentaires par rapport aux personnes sans reconnaissance administrative). Pour les dispositifs d'optique, ce sont uniquement les bénéficiaires d'une pension d'invalidité qui présentent des restes à charge inférieurs de 93% par rapport aux personnes sans reconnaissance administrative de handicap, à l'exclusion de tout autre motif de reconnaissance administrative de handicap. En revanche, pour les prothèses dentaires, chaque motif de reconnaissance est associé à des restes à charge inférieurs, même si le différentiel de reste à charge est plus important pour les titulaires d'une pension d'invalidité.

Rares sont les indicateurs de handicap qui influencent les dépassements d'honoraires (à nombre de séances donné) liés aux consultations. Ces dépassements sont inférieurs uniquement avec l'indicateur de limitations cognitives pour les soins d'ophtalmologie (de 11% pour l'augmentation du score de limitations fonctionnelles cognitives d'un point) et avec l'indicateur de pension d'invalidité pour les soins dentaires (de 10% par rapport aux personnes sans reconnaissance administrative). Les dépassements liés aux achats de dispositifs, qu'il s'agisse des prothèses dentaires comme de l'optique, sont significativement supérieurs pour les bénéficiaires d'une pension d'invalidité.

Tableau 4 : impact des indicateurs de handicap sur le nombre de séances, la dépense*, le reste à charge* et les dépassements d'honoraires*

	Séances			Dépenses			RAC			Dépassements		
	D	O	G	D	O	G	D	O	G	D	O	G
Score limitations motrices	NS	NS	-4	NS	NS	NS	-15	-8	-5	NS	NS	NS
Score limitations cognitives	NS	NS	NS	NS	NS	NS	-8	-8	NS	NS	-11	NS
Limitations visuelles	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Limitations auditives	NS	NS	NS	11	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Reconnaissance	NS	NS	-20	NS	NS	NS	-103	-52	-58	NS	NS	NS
AAH	NS	NS	-21	-14	NS	NS	-40	-30	NS	NS	NS	NS
Pension d'invalidité	NS	NS	NS	-11	NS	NS	-210	-109	-146	-10	NS	NS
Rente d'incapacité	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Autres reconnaissances	NS	NS	-15	NS	NS	NS	-60	-17	-21	NS	NS	NS

* A nombre de séances donné

D : Dentiste ; O : Ophtalmologue ; G :

Note de lecture : Le logarithme du reste à charge dentaire (sans les dépassements d'honoraires) est réduit de 15% avec l'augmentation du score de limitation motrice d'un point à nombre de séances, sexe, âge, indicateur de besoins de soins, niveau socio-économique et situation géographique équivalents.

Source : HSM, calculs IRDES

Tableau 5 : impact des indicateurs de handicap sur la dépense*, le reste à charge* et les dépassements d'honoraires* liés aux achats de dispositifs dentaires et d'optique

	Dépenses		RAC (sans dépassement d'honoraires)		Dépassements	
	Prothèse dentaire	Dispositif optique	Prothèse dentaire	Dispositif optique	Prothèse dentaire	Dispositif optique
Score limitations motrices	NS	NS	-19,5	-8	NS	NS
Score limitations cognitives	NS	NS	NS	NS	NS	-11
Limitations visuelles	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Limitations auditives	24,5	NS	NS	NS	NS	NS
Reconnaissance	NS	NS	-147	-45	NS	NS
AAH	NS	NS	-74	NS	NS	NS
Pension d'invalidité	NS	NS	-238	-93	35	13
Rente d'incapacité	NS	NS	-151	NS	NS	41
Autres reconnaissances	NS	NS	-93	NS	NS	NS

* A nombre de séances donné

Note de lecture : Le logarithme du reste à charge lié aux prothèses dentaires (sans les dépassements d'honoraires) est réduit de 19,5% avec l'augmentation du score de limitation motrice d'un point à nombre de séances, sexe, âge, indicateur de besoins de soins, niveau socio-économique et situation géographique équivalents.

Source : HSM, calculs IRDES

6. Discussion

L'analyse conduite dans cet article met en exergue un différentiel de recours négatif aux soins courants –exception faite des soins ophtalmologiques- et préventifs entre les personnes en situation de handicap et les autres personnes, que le handicap soit approché par les limitations fonctionnelles ou par la reconnaissance administrative de handicap. Dans le détail, le recours aux soins peut varier fortement en fonction du type de reconnaissance administrative dont bénéficie l'individu, avec un recours la plupart du temps inférieur pour les bénéficiaires de l'AAH par rapport aux personnes bénéficiant d'une pension d'invalidité. La prise en compte des variables sociales permet dans la plupart des cas de réduire fortement voire d'annuler les différences de recours aux soins, que le handicap soit approché par les limitations fonctionnelles ou par la reconnaissance administrative de handicap.

Les résultats obtenus dans cette étude sont la résultante de choix méthodologiques effectués à partir des données disponibles dans l'enquête HSM, choix qu'il convient de discuter.

Le recours aux soins a été analysé à partir des déclarations des personnes enquêtées plutôt qu'à partir des données du Sniiram appariées. La principale limite qui pèse sur les données appariées, en partie corrigée par la Drees⁶ lors d'un travail sur la pondération, portait sur la difficulté de distinguer les personnes non-consommantes des personnes non-appariées. Les analyses basées sur une source déclarative ne sont pas exemptes de biais potentiels (de mémoire, d'incompréhension de la question posée mais aussi de désirabilité sociale) qui peuvent entacher les réponses apportées par les enquêtés. L'ampleur de ce biais peut être importante, ainsi qu'en témoigne l'écart de plus de 20 points constaté entre les déclarations des femmes enquêtées sur le dépistage du cancer du sein et le recours objectivé par les données du Sniiram. Pour autant, il a été jugé opportun d'utiliser ces données déclaratives, dès lors qu'elles permettaient d'analyser tous les soins courants et préventifs sur le même mode, ce qui est de nature à favoriser une comparaison des résultats. Une analyse alternant résultats obtenus sur les données du SNIIRAM pour certains soins et données déclaratives pour les autres aurait nui à la comparabilité de l'ensemble.

De même, les indicateurs de handicap ainsi que l'ensemble des variables explicatives ne sont pas exemptes de biais déclaratifs. Ces biais sont peut-être encore exacerbés sur certaines questions portant sur le positionnement social de l'individu, la compréhension ou sur le ressenti de l'individu, ce qui peut fortement conditionner les réponses apportées aux questions sur la santé mentale par exemple. Ainsi, les résultats relatifs aux indicateurs de santé mentale approchés par les limitations fonctionnelles cognitives doivent-ils être interprétés avec une certaine prudence.

Les choix économétriques effectués peuvent également avoir une incidence importante sur les résultats obtenus dans l'étude. La décision de pondérer les modèles logistiques dans l'étude a été motivée par la volonté de ne pas surestimer les écarts de recours entre les personnes en situation de handicap par rapport aux personnes sans handicap. Le choix même de l'utilisation de régressions logistiques peut également être sujet à discussion et ce d'autant qu'il se fait au détriment d'une option rivale, celle des méthodes d'appariement. Le principal avantage des méthodes d'appariement réside dans le fait qu'elles permettent une meilleure égalisation des distributions des variables de contexte tels que l'âge, le sexe, ... entre les personnes en situation de handicap et les personnes sans handicap, ce qui permet ensuite une meilleure estimation du différentiel de recours aux soins entre les deux populations. Cet avantage est toutefois à mettre en balance avec un écueil que la méthode impose, à savoir le renoncement à une partie des données disponibles correspondant aux personnes en situations de handicap présentant des caractéristiques individuelles trop éloignées des personnes sans handicap. L'avantage des régressions logistiques consiste en outre en la possibilité qu'elles offrent d'intégrer progressivement des variables de contexte et ainsi d'appréhender les variations de différentiel de recours avant et après intégration de telle ou telle variable.

La prise en compte des besoins de soins a été délicate à mettre en œuvre à partir des données de l'enquête HSM, qui n'est pas calibrée pour permettre de traiter de façon très satisfaisante ce type de

⁶ Montaut A, Calvet L., Bouvier G., Gonzales L. L'appariement handicap-santé et données de l'Assurance-maladie. 39, 2013. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), Ministère de la santé. Document de travail série source et méthodes

question. D'abord, les besoins tels qu'ils peuvent être approchés sont trop parcellaires ; par ailleurs, ils peuvent essentiellement être définis à partir des déclarations de maladies qui peuvent témoigner d'un recours aux soins dans la période passée, ce qui est susceptible d'introduire de l'endogénéité dans les modèles. En effet, la connaissance par l'enquêté d'une maladie qui l'affecte présuppose qu'il a eu recours à un professionnel de santé qui l'en a informé. Malgré ces difficultés, nous avons souhaité conduire une réflexion sur les besoins de soins pour chaque type de soins, en étant toutefois conscients des limites et de l'incomplétude des indicateurs que nous avons ainsi créés. Les résultats du recours aux soins qui intègrent les indicateurs de besoins ont été confrontés à ceux que l'on obtiendrait en omettant d'intégrer les besoins tels que nous les avons approchés. Dans un cas comme dans l'autre, les résultats sont très similaires, ne faisant apparaître que de très faibles écarts de différentiels de recours dans certains modèles. Ainsi, il apparaît que les variables de besoins que nous avons introduites dans les modèles ne permettent qu'une identification perfectible du besoin. Cependant, en partant du principe que le besoin de soins des personnes en situation de handicap est supérieur à celui des personnes sans handicap, et ce particulièrement pour les soins dentaires et ophtalmologiques, on aurait pu s'attendre à des résultats montrant un recours accru aux soins des personnes en situation de handicap. Or, nos résultats font état dans la grande majorité des cas d'un recours inférieur pour ces personnes qui l'aurait été d'autant plus avec une prise en compte du besoin plus adéquate. Les résultats indiquant des probabilités de recours aux soins ophtalmologiques supérieures pour une grande partie de nos indicateurs de handicap pourraient être également la résultante d'une mauvaise prise en compte du besoin de soins de cette population.

A partir des résultats obtenus dans cette étude, il est possible de dégager trois principaux enseignements à partir desquels il est envisageable d'esquisser des pistes d'action publique.

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 a pas permis 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.

Par ailleurs, et c'est un deuxième enseignement de cette étude, les disparités d'accès aux soins ne sont pas seulement observables entre personnes en situation de handicap et celles qui ne le sont pas, mais elles apparaissent également entre les personnes en situation de handicap entre elles selon le motif de reconnaissance administrative dont elles bénéficient. Plus précisément, on observe une concentration des inégalités d'accès aux soins courants ou préventifs 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 du statut protecteur octroyé par la prise en charge à 100% des soins prévue par la pension d'invalidité.

Dans ces circonstances, un levier d'action permettant de corriger la situation consisterait à tenter de réduire le « handicap financier » dont sont victimes les personnes en situation de handicap en réduisant le reste à charge qu'elles doivent endurer. L'amélioration de la prise en charge de leurs dépenses de santé pourrait être envisagée soit en uniformisant les plafonds de l'AAH avec ceux de la CMUC de manière à ce que les titulaires puissent avoir accès à la CMUC soit en instaurant une

exonération du ticket modérateur pour les personnes qui ont un handicap reconnu, dont les personnes titulaires de l'AAH ne bénéficient pas pour l'instant, sauf à être admises dans le régime des ALD qui ne prend en charge que les dépenses en relation avec la pathologie exonérante, et de ce fait plus rarement les soins courants ou les soins préventifs.

Enfin, d'autres facteurs explicatifs des écarts de recours aux soins peuvent persister, comme en attestent les résultats obtenus pour tous les soins sur les personnes en fauteuil roulant. La prise en compte des variables sociales ne permet pas dans ce cas de réduire les différentiels de recours probablement liées à d'autres facteurs tels que l'accessibilité aux transports, à la voirie ou l'accessibilité des structures de soins elles-mêmes, Ce constat amène à s'interroger sur l'opportunité qu'il y aurait à évaluer l'état d'avancement de la prise en compte d'un aspect fondamental de la loi du 11 février 2005, celui qui fait obligation aux professionnels de santé de rendre leur cabinet ou établissement accessible à toute personne présentant un handicap, avec un délai de mise en conformité qui est fixé à 2015.

Conclusion

Cette étude met en exergue un différentiel d'accès négatif marqué pour les personnes en situation de handicap, pour la plupart des soins courants et préventifs, et que le handicap soit approché par les limitations fonctionnelles ou la reconnaissance administrative de handicap. Ce panorama de l'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap en ménage sera très prochainement complété d'une étude portant sur l'accès à ces mêmes soins pour les personnes hébergées en institutions, à partir des données provenant de l'enquête Handicap Santé Institution.

Bibliographie

Beatty, P.W., Hagglund, K.J., Neri, M.T., Dhont, K.R., Clark, M.J., & Hilton, S.A. (2003). Access to health care services among people with chronic or disabling conditions: patterns and predictors. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 84(10), 1417-1425.

Becker A., Shapira J. (1996) Orthodontics for the handicapped child. *European Journal of Orthodontics*, 18, 55-67,

Becker A., Shapira J., Chaushu S. (2001) Orthodontic treatment for disabled children. A survey of patient and appliance management. *Journal of Orthodontics*, vol. 28, 39-44.

Chan, L., Ciol, M.A., Shumway-Cook, A., Yorkston, K.M., Dudgeon, B.J., Asch, S.M., & Hoffman, J.M. (2008). A longitudinal evaluation of persons with disabilities: does a longitudinal definition help define who receives necessary care? *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 89(6), 1023-1030.

Chevarley, F.M., Thierry, J.M., Gill, C.J., Ryerson, A.B., & Nosek, M.A. (2006). Health, preventive health care, and health care access among women with disabilities in the 1994-1995 National Health Interview Survey, Supplement on Disability. *Womens Health Issues*, 16(6), 297-312.

CREAI (2010) Dépistage du cancer chez les personnes handicapées. Pratiques en établissement médico-social, Centre interrégional d'étude, d'action et d'information PACA et Corse en faveur des personnes en situation de handicap ou d'inadaptation

CREAI PACA et Corse (2011) Accès à la mammographie pour les patientes à mobilité réduite, Centre interrégional d'étude, d'action et d'information PACA et Corse en faveur des personnes en situation de handicap ou d'inadaptation

Drew, J.A., & Short, S.E. (2010). Disability and Pap smear receipt among U.S. Women, 2000 and 2005, Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 42(4), 258-266.

Duport N. (2008), Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus : État des connaissances – Actualisation 2008, INVS

HAS (2011) Audition publique. Accès aux soins des personnes en situation de handicap : synthèse des principaux constats et préconisations. Haute Autorité de Santé, 2011.

Hescot P. et Moutarde A. (2010) « Rapport de la mission Handicap et santé bucco-dentaire. Améliorer l'accès à la santé bucco-dentaire des personnes handicapées. Juillet 2010, Secrétariat d'Etat chargé de la famille et de la solidarité.

Hosbon RS., Nunn JH., Cozma I. (2005) Orthodontic management of orofacial problems in young people with impairments: review of the literature and case reports, International Journal of Pediatric Dentistry, 15(5): 355-63.

Horner-Johnson, W., Dobbertin, K., Lee, J. C., Andresen, E. M. and the Expert Panel on Disability and Health Disparities (2014), Disparities in Health Care Access and Receipt of Preventive Services by Disability Type: Analysis of the Medical Expenditure Panel Survey. Health Services Research. doi: 10.1111/1475-6773.12195

IGAS (2011) La prise en charge du handicap psychique, août 2011, RM2011-133P.

INVS (2012) Evaluation du programme de dépistage du cancer colorectal. <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-colorectal/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal-2010-2011>

Jacob P. (2013) Un droit citoyen pour la personne handicapée, un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement. Ministère délégué chargé des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion.

Lastier D, Salines E, Rogel A (2013) Programme de dépistage du cancer du sein en France : résultats 2010, évolutions depuis 2006, Institut de Veille Sanitaire ; 2013 ; 26 pages.

Limouzin S. (2004) « Accès aux soins buccodentaires pour les personnes handicapées », rapport

OMS (2002) Vaccin contre l'hépatite B et sclérose en plaques. (http://www.who.int/vaccine_safety/committee/topics/hepatitisb/multiple_sclerosis/Jun_2002/fr/)

Montaut A, Calvet L., Bouvier G., Gonzales L. (2013) L'appariement handicap-santé et données de l'Assurance-maladie. 39, 2013, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), Ministère de la santé. Document de travail série source et méthodes.

Parish, S.L., & Huh, J. (2006). Health care for women with disabilities: population-based evidence of disparities. *Health and Social Work*, 31(1), 7-15.

Pichetti S., Rayndu D. et Vidal G. (2009) Les déterminants individuels des dépenses de santé. *Traité d'économie et de gestion de la santé*, 2009, presses de Sciences Po.

Popplewell NTA, Rechel BPD, Abel GA (2014). How do adults physical disability experience primary care? A nationwide cross-sectional survey of access among patients in England, *Health Services Research*, *BMJ Open* 2014; 4:e004714 doi: 10, 1136/bmjopen-2013-004714.

Raynaud D. (2002) Les déterminants individuels des dépenses de santé, *Etudes et Résultats* n°182, juillet 2002, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (Drees).

Raynaud D. (2005) Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence des dépenses de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire, *Etudes et Résultats* n°378, février 2005, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (Drees).

Ramirez,A., Farmer,G.C., Grant,D., & Papachristou,T. (2005). Disability and preventive cancer screening: results from the 2001 California Health Interview Survey. *American Journal of Public Health*, 95(11), 2057-2064.