

## L'accès aux soins dentaires des personnes en situation de handicap dans l'enquête Handicap Santé Ménages (HSM)

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

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

### Introduction

En 2008, une audition publique sur « l'accès aux soins des personnes en situation de handicap » conduite par la Haute Autorité de Santé (HAS)[1] faisait le constat que, si depuis la loi de 1975 notre société avait réussi à progresser sur l'essentiel des soins spécifiques au handicap, en revanche l'accès aux soins courants restait un enjeu majeur de l'égalité des chances. Outre des propositions de mesures visant à réduire les obstacles qui entravent cet accès, le rapport de la HAS recommandait la consolidation des connaissances épidémiologiques afin d'évaluer l'impact des politiques publiques ou les actions entreprises pour l'améliorer.

Parmi l'ensemble des soins courants, les soins dentaires représentent un enjeu particulièrement important pour les personnes en situation de handicap dans la mesure où la santé bucco-dentaire est non seulement un indicateur de santé globale « *une mauvaise santé bucco-dentaire influe négativement sur la santé globale en impactant le système immunitaire, le système respiratoire, les comportements alimentaires et la qualité de vie [douleur, stress, sommeil,...]* » ; mais également un indicateur d'intégration sociale « *un mauvais état bucco-dentaire détériore le sourire [premier signal de communication], l'haleine et les fonctions langagières. Chez les personnes en situation de handicap qui luttent pour une meilleure intégration sociale, une mauvaise santé bucco-dentaire sonne comme une double peine* » [2].

Cinq ans après les recommandations de la HAS, il existe encore peu d'études françaises pour répondre à la question de l'accès aux soins dentaires des personnes en situation de handicap. Une thèse de chirurgie dentaire rapporte un accès aux soins dentaires qualitativement et quantitativement réduit pour les personnes handicapées, avec une prise en charge de ville réduite et une orientation vers l'hôpital où les soins se font sous anesthésie[3]. Une enquête nationale réalisée par l'assurance maladie auprès d'enfants et d'adolescents handicapés en établissements spécialisés fait état de besoins de soins dentaires pour plus des 2/3 des enfants examinés, dont des soins urgents pour 18,4 % d'entre eux. Cette enquête souligne également les difficultés à trouver un praticien pour les enfants handicapés ainsi que les spécificités des soins à fournir. Ce faible nombre de travaux en France sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap s'explique en grande partie par l'absence qui a longtemps prévalu de données permettant d'identifier et de caractériser cette population et de mesurer son recours aux soins dans les enquêtes de santé en population générale. Les enquêtes Handicap-Incapacité-Dépendance de 1998-2000 et les enquêtes Handicap Santé Ménages (HSM) et Institution (HSI) de 2008-2009 ont en partie comblé ce manque

en permettant plusieurs approches selon le type de handicap, sa gravité ou la reconnaissance de celui-ci.

Les personnes en situation de handicap se caractérisent par des besoins de soins dentaires potentiellement plus importants que ceux de la population non handicapée[2]. Leur état de santé bucco-dentaire s'aggrave en effet avec l'âge et devient moins bon que celui de la population non handicapée dès l'adolescence, en raison d'une plus forte prévalence de pathologies infectieuses (lésions parodontales et carieuses) et de pathologies fonctionnelles (troubles associés de la ventilation, de la succion, de la déglutition, de la mastication,...)[1]. Le déchaussement des dents concernerait entre 80% et 90% des personnes handicapées mentales[2]. Ces difficultés sont susceptibles d'être encore renforcées par un accès plus difficile aux soins d'hygiène quotidiens (besoin de recours fréquents à des aidants,...).

Plusieurs types d'obstacles sont susceptibles d'entraver l'accès aux soins dentaires des personnes en situation de handicap. En suivant la classification établie par Hescot et al. (2010) [2], ces obstacles à l'accès aux soins bucco-dentaires renvoient à quatre catégories principales. Celle de **l'accessibilité physique** dans un premier temps, qui regroupe déjà plusieurs dimensions. Le problème de l'accès au bâti est théoriquement en voie d'être résolu par la loi du 11 février 2005 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. Une fois considéré le problème de l'accès au bâti, l'accès au fauteuil peut nécessiter la présence d'un accompagnateur ou d'une assistante dentaire pour aider le praticien à porter le patient. Enfin, l'accès à « la bouche » du patient peut être entravé par les incapacités motrices ou fonctionnelles du patient qui l'empêchent d'adopter ou de conserver dans la durée la posture nécessaire à la délivrance des soins [4-6]. Le problème d'accessibilité peut également renvoyer à des difficultés **relationnelles ou émotionnelles** qui empêchent la communication de s'établir facilement entre un patient atteint de troubles mentaux ou neurologiques par exemple et un médecin qui n'a pas bénéficié d'une formation lui permettant de faire face à l'accueil de populations spécifiques. Le problème **d'accès à l'information** ne doit pas non plus être sous-estimé. Les personnes en situation de handicap ainsi que leur entourage ne bénéficient pas d'une information spécifique sur les actes d'hygiène et de prévention bucco-dentaire. Enfin, une dimension **d'accessibilité financière** peut également être considérée comme essentielle. Les dentistes estiment que le temps des soins dédiés aux personnes en situation de handicap est majoré d'au moins 50%[2] par rapport à des soins comparables prodigués sur des personnes qui ne sont pas en situation de handicap, sans que la nomenclature tarifaire ne prenne en compte le supplément de temps pour réaliser les soins. Il n'existe donc pas d'incitation financière pour le dentiste à accueillir des patients en situation de handicap, d'où des effets pervers potentiels : sans aller jusqu'à un effet de sélection de patientèle au détriment des personnes en situation de handicap, les soins prodigués peuvent être partiels et les visites plus espacées que ceux prodigués aux personnes qui ne sont pas en situation de handicap. A ce problème financier qui concerne le médecin s'ajoute un autre relatif au patient : le niveau de ressources des personnes en situation de handicap est souvent plus faible que celui des personnes qui ne sont pas en situation de handicap et ne favorise donc pas l'accès à un contrat de couverture complémentaire permettant d'amortir une partie du reste à charge inhérent aux soins dentaires. Il est donc probable que le renoncement aux soins pour des raisons financières soit majeur pour les personnes en situation de handicap.

Plusieurs propositions du récent rapport Jacob [7] visent d'ailleurs à améliorer l'accès des personnes en situation de handicap aux soins dentaires : « *systématiser les rendez-vous avec les spécialistes hors parcours de soin (le dentiste, le gynécologue, l'ophtalmologue)* », « *généraliser pour les enfants handicapés l'examen bucco-dentaire de prévention annuel et obligatoire, dès l'âge de deux ans* »).

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 dentaires, tant curatifs que préventifs et de le comparer à celui des personnes sans handicap, en fonction de plusieurs marqueurs du handicap. Une fois ces écarts mis en évidence, il s'agit ensuite d'analyser leurs variations après introduction de variables socioéconomiques et géographiques. 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 les besoins de soins. La troisième présente le modèle économétrique, la quatrième les résultats et la cinquième 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 besoins de cette étude, le périmètre a été limité aux personnes âgées de 20 ans à 59 ans. Cette limite d'âge de 60 ans correspond à l'âge de principe du basculement de la protection sociale des personnes handicapées vers celle des personnes âgées<sup>1</sup>. A cet âge, un certain nombre de prestations sociales spécifiques du handicap s'interrompent en effet pour laisser la place aux prestations réservées aux personnes âgées. Cette séparation administrative n'est pas sans conséquences sur l'organisation de la prise en charge en amont tant en termes d'offre institutionnelle qu'en termes d'organisation des professionnels de santé ou des intervenants sociaux. Ainsi, la problématique de la dépendance fait déjà l'objet d'une mobilisation importante des différents acteurs de la gérontologie d'une part et de certains dentistes d'autre part [2].

L'enquête HSM est appariée avec les données de l'Assurance Maladie (données SNIIRAM<sup>2</sup>) ce qui permet de récupérer pour une grande partie des enquêtés (environ 70% d'entre eux) leurs consommations de soins par poste de dépenses. Cet appariement présente plusieurs intérêts. Il rend d'abord possible la réalisation d'études sur les dépenses de santé et les restes à charge des

---

<sup>1</sup> <http://vos-droits.apf.asso.fr/files/Notesjuridiques/NJ%20Ressources%20et%20h%C3%A9bergement%20apr%C3%A8s%2060%20ans.pdf>

<sup>2</sup> Système National d'Informations Inter Régimes d'Assurance Maladie (SNIIRAM).

personnes qui figurent dans l'enquête. Il aurait dû permettre en outre d'analyser les questions de recours aux soins en se basant non pas uniquement sur les déclarations faites par les enquêtés mais également sur le recours objectivé tel qu'il est renseigné par les données de l'Assurance maladie. Toutefois, cette stratégie d'utilisation des données appariées pour identifier le recours n'a pas été suivie compte tenu des limites qui pèsent sur l'appariement, les 30% de personnes non appariées n'ayant pas pu être identifiées en tant que consommateurs ou non consommateurs de soins dentaires. [8].

La question du recours aux soins dentaires des personnes en situation de handicap est donc abordée ici uniquement à partir des réponses à la question BCONSO qui interroge les enquêtés sur leur recours à un dentiste au cours des douze derniers mois (14 373 ont répondu à cette question tandis que 13 personnes n'y ont pas répondu).

La définition des marqueurs de handicap est une question très complexe, dans la mesure où elle renvoie à la définition multidimensionnelle du handicap. La loi du 11 février 2005 a donné une définition désormais bien partagée de la notion du handicap : « *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* ». Si la définition fait consensus, 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 définition du handicap repose sur deux indicateurs.

**Le premier** renvoie aux limitations fonctionnelles, en distinguant les limitations physiques, cognitives et sensorielles. Dans l'étude, nous considérons, à la suite des travaux de Mordier [9] qu'une personne éprouve des limitations fonctionnelles physiques si elle a au moins une difficulté, avec un degré de gravité avancé (avec beaucoup de difficultés, ou impossibilité de réaliser l'activité), à réaliser les activités suivantes : marcher 500 mètres (BDEP<sup>3</sup>), monter et descendre un étage d'escalier sans aide (BESCAL), porter un sac de 5 kilos (BPOIDS), se baisser, s'agenouiller (BAGEN), se servir des mains et des doigts sans aide (BMAIN), lever les bras (BBRAS). De la même façon, nous considérons qu'une personne est concernée par des limitations cognitives si elle déclare qu'elle a souvent au moins une difficulté à accomplir les activités suivantes : s'orienter dans le temps (BTEMPS), avoir des trous de mémoire (BMEM), se concentrer (BCONC), résoudre les problèmes de la vie quotidienne (BVIEQ), apprendre (BSAVOIR), comprendre les autres (BCOMP), se mettre en danger (BDANGA), être impulsif ou agressif (BDANGR). Les limitations visuelles des individus ont été approchées à partir de la variable B2VUE (« *Avez-vous des difficultés à voir les caractères d'imprimerie d'un journal ? (avec lunettes, lentilles éventuellement)* ») et B3VUE (« *Avez-vous des difficultés à voir le visage de quelqu'un à quatre mètres ? (avec lunettes, lentilles éventuellement)* ») en ne retenant que les personnes qui déclaraient avoir beaucoup de difficultés ou qui ne pouvaient pas du tout réaliser ces activités. Pour caractériser les personnes éprouvant des limitations auditives, les réponses positives avec un degré de difficulté avancé (« *oui, avec beaucoup de difficulté* » ou « *non, je ne peux pas du tout* ») à la question B2OUI (« *Avez-vous des difficultés à entendre une conversation avec plusieurs*

---

<sup>3</sup> Voir Annexe 1 pour une description plus précise des questions de l'enquête.

personnes ? (avec un appareil auditif éventuellement) ») ont été considérées ainsi que les personnes qui déclaraient une déficience de surdité.

**Le second marqueur** est un indicateur de reconnaissance administrative du handicap. Une possibilité aurait été de considérer la variable V\_RECONNAI « *Bénéficiez-vous d'une reconnaissance officielle de handicap, ou d'une perte d'autonomie (allocation, pension ou carte d'invalidité, admission dans un établissement spécialisé,...)* ». Toutefois, cette variable a été recueillie dans le questionnaire Vie quotidienne santé (VQS) qui constituait l'enquête filtre préliminaire à l'enquête HSM. Il est par conséquent possible que la situation d'une partie des enquêtés ait changé dans l'intervalle de temps séparant le questionnaire VQS et l'enquête HSM. Nous avons donc considéré opportun de reconstituer un indicateur de reconnaissance administrative du handicap assis sur les réponses apportées à l'enquête HSM plutôt que d'utiliser la variable V\_RECONNAI. Pour ce faire, les variables suivantes ont été considérées : RALLOC\_2 (allocation d'adultes handicapés (AAH) versée par la CAF ou la MSA (avec son complément éventuel : majoration pour vie autonome ou garantie de ressources aux personnes handicapées), RALLOC\_3 (pension d'invalidité, pension pour inaptitude au travail, majoration pour tierce personne, versées par l'assurance maladie (CPAM, MSA ou CNRACL<sup>4</sup> etc.) (avec allocation supplémentaire d'invalidité)), RALLOC\_4 (rente d'incapacité liée à un accident du travail versé par l'assurance maladie (CPAM, MSA, etc.)), RALLOC\_6 (pension militaire d'invalidité), RALLOC\_8 (allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) versée par le conseil général), RALLOC\_9 (prestation de compensation (PCH) versée par le conseil général), EAFINA (emploi financé par AGEFIPH<sup>5</sup> ou FIPHP<sup>6</sup> : détailler les acronymes), EEMPLAD (emploi de travailleur handicapé : oui, un emploi de travailleur handicapé dans un établissement et service d'aide par le travail (ESAT) (exemple : centre d'aide par le travail [CAT]), oui, un emploi de travailleur handicapé dans une entreprise adaptée (exemple : atelier protégé) ou centre de distribution de travail à domicile [CDTD]).

## **2. La caractérisation des besoins de soins et les autres variables explicatives retenues**

Pour mener à bien la comparaison de l'accès aux soins selon le statut au regard du handicap, la caractérisation des besoins de soins est cruciale dans la mesure où les besoins peuvent différer selon que les personnes sont en situation de handicap ou non. Or, pour caractériser le besoin de soins, l'idéal serait de connaître l'état de santé bucco-dentaire des personnes avant la période d'observation du recours aux soins, ce que ne permet pas l'enquête Handicap Santé Ménages (HSM) qui décrit un état de santé observé postérieur à la réalisation des soins. Une réflexion a donc été conduite pour caractériser, à partir des variables disponibles dans l'enquête, un besoin de soins dont on peut penser qu'il préexistait au recours. Une partie du besoin a ainsi été approchée par les déchaussements dentaires (variable BSBD3\_2), problèmes chroniques dont la prévention et le traitement sont difficiles, dont on suppose qu'ils préexistaient au recours aux soins dentaires et que les soins intervenus avant la période d'observation n'ont pas pu faire disparaître complètement. Pour

---

<sup>4</sup> Caisse Nationale de Retraites des Agents des Collectivités Locales.

<sup>5</sup> Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées.

<sup>6</sup> Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique.

compléter la caractérisation des besoins, il avait été initialement envisagé d'identifier les personnes qui avaient déclaré l'existence d'une maladie dentaire à partir des codes maladie de la CIM<sup>7</sup> (CODCIM2\_MALA) correspondant aux maladies de la cavité buccale, des glandes salivaires et des maxillaires. Cette stratégie n'a pas été menée à son terme car un très petit nombre de personnes enquêtées aurait pu être récupéré par ce filtre (moins d'une dizaine). Par ailleurs, pour s'assurer de ne retenir que des diagnostics dont il est probable qu'ils préexistaient au recours, il aurait fallu pouvoir obtenir les codes CIM à un niveau plus fin que celui du chapitre, pour chercher des diagnostics précis (K00 : troubles de l'odontogénèse, K03 : autres maladies des tissus dentaires durs, K07 : anomalies dento-faciales), ce qui constitue un niveau de finesse de la classification qui n'est pas fourni dans l'enquête HSM.

Pour pallier l'insuffisance d'information sur l'état de santé buccodentaire, l'état de santé général de l'individu déclaré dans l'enquête VQS (variable V\_ETAT\_SANT), précédant la période d'observation du recours aux soins, est également pris en considération dans l'analyse. Outre cette caractérisation de l'état de santé, d'autres variables explicatives du recours au dentiste 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 explicatifs du recours aux soins dentaires [10;11]. Par ailleurs, le recours aux soins dentaires suit un gradient social [10;11], 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 dentaires, de même que la variable « Départements d'Outre-mer ».

### **3. Les analyses multi variées**

L'objectif est de comparer le recours aux soins dentaires des personnes en situation de handicap à celui des personnes n'ayant pas déclaré de handicap. Pour ce faire, un modèle logistique dichotomique permet d'évaluer la relation entre les différentes variables explicatives et la probabilité du recours aux soins dentaires dans les douze derniers mois.

Trois modèles de régression logistique sont proposés successivement.

Le premier modèle permet d'analyser la relation entre les limitations fonctionnelles et le recours, à âge et sexe de la personne donnés. Le deuxième associe les limitations fonctionnelles et la reconnaissance administrative de handicap dans le but d'évaluer si, pour un même niveau de limitations fonctionnelles, la reconnaissance administrative de handicap qui donne accès à une compensation financière du handicap pourrait améliorer l'accès dentaire ou non. Le troisième modèle, enfin, croise limitations fonctionnelles et reconnaissance administrative du handicap dans une même variable, au contraire du modèle 2 qui traite les limitations et la reconnaissance de

---

<sup>7</sup> Classification Internationale des Maladies CIM10.

handicap dans des variables séparées. Ce troisième modèle permet d'approcher une notion de gravité du handicap. Après avoir analysé les résultats de ces trois modèles en considérant les seules variables d'âge, de sexe et d'état de santé, les variables socioéconomiques et géographiques sont introduites dans ces modèles dans un deuxième temps, afin d'étudier le rôle potentiel de ces facteurs dans l'explication des écarts de recours aux soins liés au handicap.

#### 4. Les résultats

Les résultats sont présentés d'abord en ne prenant en considération que les variables d'âge et de sexe ainsi que d'état de santé, à l'exclusion des variables socioéconomiques et géographiques. Le modèle 1 approche le handicap au travers des limitations fonctionnelles seulement tandis que le modèle 2 associe les limitations fonctionnelles à la reconnaissance administrative de handicap, l'hypothèse testée dans ce deuxième modèle étant qu'à niveau de limitation fonctionnelle donné, la reconnaissance administrative de handicap pourrait favoriser le recours aux soins. Enfin le modèle 3 croise les limitations fonctionnelles avec la reconnaissance administrative de handicap. Ce modèle permet d'approcher une notion de gravité de handicap.

**Tableau 1. Variabilité du recours aux soins dentaires en fonction du handicap, des variables d'âge, de sexe et d'état de santé**

Variables	Modèle 1 Limitations	Modèle 2 Limitations et reconnaissance administrative	Modèle 3 Croisement limitations et reconnaissance administrative
Reconnaissance Administrative		-0.0154 (0.0217)	
Au moins une limitation motrice	-0.0741*** (0.0222)	-0.0707*** (0.0233)	
Au moins une limitation cognitive	-0.0518** (0.0235)	-0.0496** (0.0239)	
Limitations visuelles	-0.0472 (0.0437)	-0.0458 (0.0438)	
Limitations auditives	0.0125 (0.0335)	0.0131 (0.0336)	
Limitations et reconnaissance			-0.0562** (0.0225)
Limitations sans reconnaissance			-0.0846*** (0.0200)
Pas de limitation mais reconnaissance			-0.0765** (0.0325)
Hommes (vs. Femmes)	-0.105*** (0.0129)	-0.105*** (0.0129)	-0.104*** (0.0129)
Couple	0.0267* (0.0156)	0.0261* (0.0157)	0.0267* (0.0157)
20-25 ans (réf 36-40 ans)	-0.136*** (0.0278)	-0.137*** (0.0279)	-0.138*** (0.0279)
26-30 ans	-0.125*** (0.0282)	-0.125*** (0.0282)	-0.127*** (0.0282)
31-35 ans	-0.0326 (0.0268)	-0.0326 (0.0268)	-0.0333 (0.0268)
41-45 ans	-0.0291 (0.0248)	-0.0289 (0.0248)	-0.0283 (0.0248)

46-50 ans	-0.0551** (0.0248)	-0.0550** (0.0248)	-0.0531** (0.0248)
51-55 ans	-0.0553** (0.0245)	-0.0550** (0.0245)	-0.0532** (0.0245)
56-60 ans	-0.0775*** (0.0254)	-0.0769*** (0.0254)	-0.0756*** (0.0254)
Mauvais état de santé général	-0.00554 (0.0211)	-0.00166 (0.0214)	-0.0151 (0.0208)
Déchaussement	0.0682*** (0.0233)	0.0684*** (0.0234)	0.0691*** (0.0233)
DOM	-0.154*** (0.0222)	-0.154*** (0.0223)	-0.155*** (0.0223)
Observations	14 333	14 333	14 333
Pseudo R2	0.0194	0.0194	0.0199

Note de lecture : dans le modèle 1 (avec limitations seulement), le fait d'être un homme réduit le recours aux soins dentaires de 10 points par rapport aux femmes. \*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1. Les écart-types robustes sont indiqués entre parenthèses. Source : enquête Handicap Santé Ménages [HSM] (2008), calculs IRDES.

Certains marqueurs du handicap sont associés à un moindre recours aux soins bucco-dentaires. Ainsi, les personnes qui déclarent au moins une limitation motrice affichent un recours aux soins réduit de 7 points par rapport aux personnes qui n'ont pas de limitation motrice. Il en est de même pour les limitations cognitives qui s'accompagnent d'un recours réduit aux soins dentaires, de l'ordre de 5 points par rapport aux personnes qui n'ont pas de limitations cognitives. Les limitations visuelles et auditives ne semblent en revanche pas être associées à une diminution du recours aux soins dentaires.

La stabilité des résultats obtenus dans le modèle 1 et le modèle 2 semble montrer que l'hypothèse de départ n'est pas vérifiée : à niveau de limitation fonctionnelle donnée, la reconnaissance administrative de handicap ne semble pas permettre un accroissement du recours aux soins dentaires.

Les résultats obtenus dans le modèle 3 permettent de montrer que par rapport à un individu qui n'a pas de limitation fonctionnelle et pas de reconnaissance administrative (référence), le fait d'avoir des limitations et une reconnaissance administrative réduit le recours de 5 points. Les personnes qui ont une limitation et pas de reconnaissance voient leur recours réduit de 8 points tandis que les individus qui bénéficient d'une reconnaissance administrative sans limitations associées affichent un recours réduit de 7 points.

Quel que soit le modèle (avec, sans reconnaissance du handicap ou dans le modèle croisant limitations et reconnaissance administrative du handicap), le recours des hommes est moins important que celui des femmes (de l'ordre de 10 points inférieur). Dans les trois modèles, le fait d'être en couple est associé à un recours aux soins dentaires augmenté (de l'ordre de 3 points) par rapport aux individus vivant seuls. Un effet d'âge est également observable avec un recours des moins de 30 ans plus faible que le recours des individus âgés de 36 à 40 ans (qui constitue la classe d'âge de référence). Ainsi, les individus âgés de 20 à 25 ans affichent un recours aux soins dentaires réduit d'environ 14 points par rapport à cette classe d'âge de référence, et ceux âgés de 25 à 30 ans de 12 points inférieur. Le recours aux soins dentaires n'est toutefois pas strictement croissant avec l'âge car les classes d'âge 46-50 ans ont un recours amoindri de 5 points par rapport à la classe de



référence, et les personnes âgées de 56 à 60 ans recourent moins également (différentiel de 7 points par rapport à la classe d'âge de référence).

Si l'état de santé général déclaré par la personne enquêtée n'affecte pas le recours aux soins dentaires, le besoin de soins, approché par la variable « déchaussement » s'accompagne en revanche d'un recours accru au dentiste de 7 points supérieur à celui des personnes qui ne rencontrent pas de problème de déchaussement.

Ces résultats doivent être comparés à ceux obtenus après intégration des variables socio-économiques et géographiques.

**Tableau 2 : Variabilité du recours aux soins dentaires en fonction du handicap, des variables d'âge, de sexe, d'état de santé et des variables socio-économiques et géographiques**

Variables	Modèle 1 Limitations	Modèle 2 Limitations et reconnaissance	Modèle 3 Croisement limitations et reconnaissance administrative
Reconnaissance Administrative		0.00770 (0.0228)	
Au moins une limitation motrice	-0.0425* (0.0230)	-0.0440* (0.0237)	
Au moins une limitation cognitive	-0.0228 (0.0236)	-0.0238 (0.0239)	
Limitations visuelles	-0.0351 (0.0414)	-0.0357 (0.0415)	
Limitations auditives	0.0227 (0.0334)	0.0225 (0.0334)	
Limitations et reconnaissance			-0.00291 (0.0244)
Limitations sans reconnaissance			-0.0527*** (0.0204)
Pas de limitation et reconnaissance			-0.0468 (0.0343)
Hommes (vs. Femmes)	-0.104*** (0.0132)	-0.104*** (0.0132)	-0.104*** (0.0132)
Couple	0.00833 (0.0161)	0.00858 (0.0161)	0.00881 (0.0161)
20-25 ans (réf 36-40 ans)	-0.131*** (0.0286)	-0.130*** (0.0286)	-0.131*** (0.0286)
26-30 ans	-0.143*** (0.0285)	-0.143*** (0.0285)	-0.144*** (0.0285)
31-35 ans	-0.0371 (0.0272)	-0.0371 (0.0272)	-0.0376 (0.0272)
41-45 ans	-0.0203 (0.0250)	-0.0204 (0.0250)	-0.0203 (0.0250)
46-50 ans	-0.0497** (0.0250)	-0.0497** (0.0250)	-0.0487** (0.0250)
51-55 ans	-0.0519** (0.0252)	-0.0520** (0.0252)	-0.0512** (0.0252)

56-60 ans	-0.0635** (0.0262)	-0.0637** (0.0262)	-0.0636** (0.0261)
Mauvais état de santé général	0.0301 (0.0217)	0.0285 (0.0217)	0.0189 (0.0213)
Déchaussement	0.0769*** (0.0229)	0.0768*** (0.0229)	0.0775*** (0.0229)
CMUC (réf. Complémentaire sans exonération TM)	-0.0269 (0.0281)	-0.0269 (0.0281)	-0.0265 (0.0282)
Complémentaire (CC) et exonération	-0.000629 (0.0182)	-0.00144 (0.0187)	-0.00230 (0.0187)
Pas de CC et exonération	-0.123** (0.0484)	-0.124** (0.0486)	-0.127** (0.0483)
Pas de CC et pas d'exonération	-0.134*** (0.0314)	-0.134*** (0.0314)	-0.134*** (0.0314)
Complémentaire non réponse	-0.0333 (0.0961)	-0.0342 (0.0963)	-0.0324 (0.0965)
Sup BAC (réf : BAC)	0.0377* (0.0210)	0.0377* (0.0210)	0.0363* (0.0211)
CAP	-0.00863 (0.0208)	-0.00862 (0.0208)	-0.00831 (0.0208)
Brevet	-0.0155 (0.0309)	-0.0154 (0.0309)	-0.0145 (0.0309)
Certificat d'études	-0.0939*** (0.0330)	-0.0939*** (0.0330)	-0.0920*** (0.0330)
Pas de diplôme	-0.0823*** (0.0251)	-0.0826*** (0.0251)	-0.0826*** (0.0251)
<861 € Réf : 1281-1821€	-0.0772*** (0.0208)	-0.0772*** (0.0208)	-0.0775*** (0.0208)
861<x<1281 €	-0.0223 (0.0183)	-0.0223 (0.0183)	-0.0224 (0.0183)
x>1821€	0.0413** (0.0187)	0.0413** (0.0187)	0.0414** (0.0187)
Communes mono polarisées	-0.0152 (0.0177)	-0.0153 (0.0177)	-0.0150 (0.0177)
Communes multi polarisées	0.0583** (0.0266)	0.0583** (0.0266)	0.0588** (0.0266)
Communes appartenant à un pôle d'emploi de l'espace rural	0.0604** (0.0271)	0.0605** (0.0271)	0.0626** (0.0270)
Communes appartenant à la couronne d'un pôle d'emploi de l'espace rural	-0.0643 (0.0770)	-0.0645 (0.0771)	-0.0628 (0.0773)
Autres communes de l'espace à dominante rurale	-0.0157 (0.0202)	-0.0158 (0.0202)	-0.0145 (0.0202)
Paris, Lyon, Marseille (réf pôle urbain)	0.0679** (0.0331)	0.0678** (0.0331)	0.0671** (0.0331)

Départements d'outre-mer	-0.0877*** (0.0248)	-0.0875*** (0.0248)	-0.0880*** (0.0248)
Observations	14 333	14 333	14 333
Pseudo R2	0.0380	0.0381	0.0383

Note de lecture : dans le modèle 1 (avec limitations seulement), le fait d'être un homme réduit le recours aux soins dentaires de 10 points par rapport aux femmes. \*\*\*  $p < 0.01$ , \*\*  $p < 0.05$ , \*  $p < 0.1$ .

Les écart-types robustes sont indiqués entre parenthèses.

Source : enquête Handicap Santé Ménages [HSM] (2008), calculs IRDES.

Les résultats obtenus sur les marqueurs de handicap sont modifiés quand on introduit des variables socio-économiques et géographiques. Le fait d'avoir au moins une limitation motrice demeure significativement associé à un moindre recours aux soins dentaires, au seuil de 10 %. Les limitations cognitives ne sont en revanche plus associées à une réduction du recours aux soins dentaires, alors qu'elles réduisaient significativement le recours de l'ordre de 5 points dans le modèle sans intégration des variables socioéconomiques et géographiques.

Dans le modèle 3 qui croise les dimensions de limitations fonctionnelles et de reconnaissance administrative du handicap, seuls les individus déclarant des limitations mais sans reconnaissance administrative de handicap voient leur recours aux soins dentaires réduit de 5 points par rapport à un individu qui n'a pas de limitation et qui ne bénéficie pas d'une reconnaissance administrative de handicap. L'application d'un test de Wald sur les indicateurs de limitation reconnue et de limitation non reconnue a permis de tester l'hypothèse d'égalité de ces coefficients dans notre modèle. Le rejet de l'hypothèse d'égalité des coefficients de ces indicateurs au seuil de 10 % indique un recours plus faible des personnes déclarant une limitation sans reconnaissance de leur handicap par rapport aux personnes bénéficiant d'une reconnaissance administrative. Ce résultat laisse ainsi suggérer une amélioration du recours aux soins dentaires liée à la compensation des limitations déclarées. Afin d'apporter des précisions sur ce résultat nous avons réalisé ces mêmes estimations sur des sous-populations socio-économiques définies en fonction du niveau de diplôme et du revenu. Le moindre recours des personnes déclarant des limitations fonctionnelles mais n'ayant pas de reconnaissance administrative par rapport aux personnes déclarant des limitations fonctionnelles et une reconnaissance administrative reste significatif pour les personnes sans diplôme et les personnes avec un revenu par unité de consommation inférieur à 861 euros.

L'introduction des variables socio-économiques et géographiques ne modifie pas fondamentalement les résultats obtenus pour le sexe et l'âge de l'individu. En effet, dans ces nouveaux modèles, le recours aux soins dentaires est également réduit chez les hommes, d'environ 10 points par rapport aux femmes, quel que soit le modèle et les individus de moins de 30 ans recourent moins aux soins dentaires par rapport à la génération âgée de 36 à 40 ans : le différentiel est de 13 points pour les individus de la tranche 20-25 ans et de 14 points pour la tranche des individus qui ont entre 26 et 30 ans. Au-delà de 45 ans, le recours est réduit de 5 points par rapport à la classe d'âge de référence, et de 6 points pour les individus âgés de 55 à 60 ans. L'effet des variables d'état de santé sur le recours n'est lui non plus pas modifié par rapport aux résultats obtenus sans intégration des variables socio-économiques ni géographiques. Le fait de déclarer un mauvais état de santé général n'emporte aucune conséquence en termes de recours aux soins dentaires. Au contraire, le déchaussement

dentaire, qui est un marqueur de besoins de soins dentaires, est associé à un recours aux soins accru de 8 points par rapport aux personnes qui ne rencontrent pas de problème de déchaussement.

Les résultats relatifs aux variables socioéconomiques font ressortir un impact très net de l'absence de couverture complémentaire qui est toujours associée à un recours aux soins dentaires moindre par rapport à la situation de référence qui est celle d'un individu bénéficiant d'une couverture complémentaire sans exonération du ticket modérateur. Pour les individus qui n'ont pas de couverture et qui n'ont pas non plus d'exonération du ticket modérateur, le recours est réduit de 13 points par rapport à la situation de référence. Le recours est aussi réduit de 12 points pour les personnes qui n'ont pas de couverture complémentaire mais qui bénéficient néanmoins d'une exonération du ticket modérateur.

Les résultats obtenus sur le diplôme et sur le revenu se recourent en grande partie. L'absence de diplômes réduit le recours aux soins dentaires de 8 points par rapport aux individus qui sont détenteurs d'un baccalauréat. Cette situation de moindre recours persiste également pour les individus qui ont un certificat d'étude : leur recours est plus faible de 9 points par rapport aux bacheliers. Les individus qui ont un diplôme supérieur au bac recourent quant à eux significativement plus que les bacheliers (différentiel de 3 points). Les résultats obtenus sur le diplôme, qui mettent en évidence un gradient social du recours aux soins dentaires, sont corroborés par les résultats obtenus sur le revenu : par rapport à un revenu par unité de consommation compris entre 1281€ et 1821€, le fait de se situer dans la tranche de revenu la plus faible (inférieure à 861€ par unité de consommation) expose à un moindre recours aux soins dentaires (de l'ordre de 7 points d'écart). A l'autre extrémité de la tranche des revenus, les personnes qui ont un revenu supérieur à 1821€ affichent un recours aux soins dentaires accru de 4 points par rapport aux personnes qui ont un revenu compris entre 1281€ et 1821€. Le recours aux soins dentaires semble être affecté également par le type de localisation urbaine dans lequel réside l'individu. Ainsi, par rapport à un individu qui réside dans une commune appartenant à un pôle urbain, le fait de résider dans une commune multi polarisée accroît le recours aux soins dentaires de 6 points environ. De même, le fait de résider dans une commune appartenant à un pôle d'emploi de l'espace rural accroît le recours de 6 points. Enfin, habiter une des trois plus grandes villes françaises (Paris, Lyon, Marseille) accroît le recours de 7 points.

Par ailleurs, le fait de résider dans un département d'outre-mer réduit le recours aux soins dentaires de 9 points par rapport aux habitants de la métropole.

Pour progresser dans la compréhension de l'effet d'atténuation de l'impact des marqueurs de handicap quand on introduit les variables socioéconomiques, l'analyse a été conduite sur des échantillons de la population de l'étude, en ciblant à chaque fois un seul niveau de diplôme : les individus détenteurs d'un diplôme équivalent ou supérieur à un niveau bac +2, ceux qui ont le bac, ceux qui ont un niveau « CAP », ceux qui ont un niveau « brevet », ceux qui ont un niveau « certificat d'études » et ceux qui n'ont pas de diplôme. Lorsque l'on considère un niveau de diplôme donné, aucun des marqueurs de handicap n'est associé à un moindre recours aux soins dentaires, que l'analyse soit conduite avant ou après introduction des variables socioéconomiques et géographiques. L'analyse a également été conduite au sein de chaque tranche de revenu. Pour les

individus qui figurent dans une même tranche de revenu, aucune limitation fonctionnelle n'est associée à un moindre recours aux soins dentaires.

Par ailleurs, des analyses de la variabilité du recours aux soins dentaires ont également été conduites sur la population des personnes qui n'ont pas de problème dentaire. Ces personnes ont été identifiées comme des individus qui ont déclaré avoir toutes ou presque toutes leurs dents (dans la variable BSBD2) et qui n'ont pas déclaré de problèmes dentaires : ils n'ont déclaré ni des problèmes de caries non traitées (BSBD3\_1), ni des problèmes de déchaussements dentaires (BSBD3\_2) ni des problèmes d'abcès dentaires fréquents (BSBD3\_3). Pour cette population indemne de problème dentaire, nous faisons l'hypothèse que les soins dont ils ont bénéficié dans les mois précédant l'enquête sont majoritairement des soins à visée préventive (**tableau 3**).

**Tableau 3. Accès aux soins préventifs. Variabilité du recours en fonction du handicap, des variables d'âge, de sexe, d'état de santé et des variables socio-économiques et géographiques**

Variables	Sans les variables socioéconomiques et géographiques		Avec les variables socioéconomiques et géographiques	
	Modèle 1 Limitations	Modèle 2 Limitations et reconnaissance	Modèle 1 Limitations	Modèle 2 Limitations et reconnaissance
Hommes (vs. Femmes)	-0.105*** (0.0158)	-0.107*** (0.0159)	-0.109*** (0.0162)	-0.112*** (0.0163)
20-25 ans (réf 36-40 ans)	-0.169*** (0.0298)	-0.168*** (0.0301)	-0.148*** (0.0329)	-0.148*** (0.0332)
26-30 ans	-0.130*** (0.0324)	-0.135*** (0.0325)	-0.138*** (0.0331)	-0.142*** (0.0333)
31-35 ans	-0.0308 (0.0311)	-0.0317 (0.0314)	-0.0348 (0.0316)	-0.0357 (0.0318)
41-45 ans	-0.0369 (0.0297)	-0.0347 (0.0299)	-0.0313 (0.0302)	-0.0294 (0.0304)
46-50 ans	-0.0480 (0.0302)	-0.0442 (0.0303)	-0.0505** (0.0305)	-0.0479 (0.0306)
51-55 ans	-0.0329 (0.0308)	-0.0350 (0.0311)	-0.0341 (0.0318)	-0.0370 (0.0321)
56-60 ans	-0.0703** (0.0331)	-0.0677** (0.0334)	-0.0703** (0.0339)	-0.0704** (0.0342)
Mauvais état de santé	-0.0156 (0.0312)	-0.0123 (0.0310)	0.0217 (0.0326)	0.0202 (0.0320)
Reconnaissance Administrative		-0.00872 (0.0235)		0.00789 (0.0257)
Au moins une limitation motrice	-0.0472 (0.0331)	-0.0556 (0.0350)	-0.0232 (0.0341)	-0.0379 (0.0353)
Au moins une limitation cognitive	-0.0303 (0.0334)	-0.0332 (0.0342)	-0.0131 (0.0338)	-0.0181 (0.0344)
Limitations visuelles	0.0458 (0.0553)	0.0469 (0.0558)	0.0486 (0.0533)	0.0488 (0.0540)
Limitations auditives	0.0146 (0.0474)	0.0240 (0.0477)	0.0119 (0.0486)	0.0198 (0.0490)

CMUC (réf. Complémentaire sans exonération TM)			-0.0829** (0.0366)	-0.0867** (0.0368)
Complémentaire (CC) et exonération			0.0204 (0.0236)	0.0189 (0.0243)
Pas de CC et exonération			-0.184** (0.0740)	-0.187** (0.0741)
Pas de CC et pas d'exonération			-0.152*** (0.0387)	-0.158*** (0.0388)
Complémentaire non réponse			0.0180 (0.128)	0.00864 (0.131)
Sup BAC (réf : BAC)			0.0320 (0.0241)	0.0333 (0.0243)
CAP			0.00467 (0.0247)	0.00868 (0.0248)
Brevet			0.0268 (0.0368)	0.0304 (0.0371)
Certificat d'études			-0.0797* (0.0455)	-0.0661 (0.0458)
Pas de diplôme			-0.0401 (0.0326)	-0.0362 (0.0329)
<861 € Réf : 1281-1821€			-0.0677*** (0.0264)	-0.0677*** (0.0266)
861<x<1281 €			-0.0213 (0.0225)	-0.0217 (0.0226)
x>1821€			0.0400* (0.0219)	0.0384* (0.0221)
Communes mono polarisées			-0.00855 (0.0215)	-0.0110 (0.0216)
Communes multi polarisées			0.0697** (0.0332)	0.0594* (0.0338)
Communes appartenant à un pôle d'emploi de l'espace rural			0.0693** (0.0335)	0.0682** (0.0338)
Communes appartenant à la couronne d'un pôle d'emploi de l'espace rural			0.0125 (0.0960)	0.0444 (0.0942)
Autres communes de l'espace à dominante rurale			0.0217 (0.0248)	0.0220 (0.0250)
Paris, Lyon, Marseille (réf pôle urbain)			0.0466 (0.0380)	0.0459 (0.0381)
Départements d'outre-mer			-0.122*** (0.0312)	-0.122*** (0.0317)
Observations	8,443	8,443	8 443	8 443
Pseudo R2	0.0183	0.0189	0.0370	0.0374

Note de lecture : dans le modèle 1 (avec limitations seulement), le fait d'être un homme réduit le recours aux soins dentaires de 10 points par rapport aux femmes. \*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1.

Les écart-types robustes sont indiqués entre parenthèses.  
Source : enquête Handicap Santé Ménages [HSM] (2008), calculs IRDES.

Sur cette population homogène en termes de besoins de soins, qui n'est a priori concernée que par des soins de prévention, les résultats sont comparables en termes d'effets du sexe et de l'âge par rapport aux précédents résultats. Les hommes recourent moins aux soins de prévention que les femmes (différentiel de 10 points) et les plus jeunes (ainsi que les individus âgés de 56 à 60 ans) recourent moins que la génération de référence (36-40 ans). En revanche, et contrairement aux résultats antérieurs obtenus, aucun marqueur du handicap n'entrave le recours aux soins, et ce avant et après l'introduction des variables socioéconomiques et géographiques. Le fait d'avoir au moins une limitation motrice, ou cognitive ou visuelle ou auditive n'est jamais associé à un moindre recours aux soins de prévention.

Pour cette population qui n'a pas de problème dentaire, les variables socio-économiques influent très significativement sur le recours aux soins de prévention. Ainsi, le fait d'être bénéficiaire de la CMU réduit le recours de 8 points par rapport à la situation de référence d'un individu qui dispose d'une couverture complémentaire sans bénéficier d'une exonération du ticket modérateur. L'absence de couverture complémentaire demeure la situation la plus pénalisante sur le recours aux soins de prévention : elle réduit le recours de 18 points pour un individu dans cette situation et qui est exonéré du ticket modérateur et de 15 points pour un individu qui ne bénéficie pas de l'exonération du ticket modérateur. Si l'effet du diplôme n'est plus vraiment significatif pour le recours aux soins de cette population particulière qui n'a pas de problème dentaire, le revenu continue en revanche de jouer un rôle majeur : percevoir un revenu par unité de consommation très faible (inférieur à 861€) réduit le recours de 7 points tandis qu'un revenu par unité de consommation élevé (supérieur à 1821€) accroît le recours de 4 points par rapport à la situation de référence (revenu compris entre 1281€ et 1821€). Le type de localisation urbaine explique aussi une partie de la variabilité du recours aux soins dentaires. Ainsi, par rapport à un individu qui réside dans une commune appartenant à un pôle urbain, le fait de résider dans une commune multi polarisée accroît le recours aux soins dentaires de 6 points environ. De même, le fait de résider dans une commune appartenant à un pôle d'emploi de l'espace rural accroît le recours de 7 points. En revanche, l'effet « Paris-Lyon-Marseille », associé à un recours accru de 7 points dans le modèle précédent disparaît des résultats obtenus sur les soins préventifs. L'effet « département d'outre-mer » demeure lui significatif, avec un recours réduit de 12 points par rapport à des individus résidant en métropole.

## 5. Discussion

Notre étude a pour objet d'analyser la variabilité du recours aux soins dentaires des personnes en situation de handicap par rapport aux personnes qui ne sont pas dans cette situation à partir des données de l'enquête Handicap Santé Ménage (HSM 2008). La définition du recours aux soins dentaires basée sur les données déclaratives (réponses à la question BCONSO : « *Au cours de ces douze derniers mois, êtes-vous allés pour vous-même chez un dentiste ?* ») peut être discutée au regard des problèmes de biais de mémoire, de déclaration et de biais de désirabilité sociale qui peuvent peser sur les réponses de l'enquête. En effet, l'enquêté peut être amené à sur déclarer son recours au dentiste soit parce qu'il éprouve des difficultés à se souvenir de la date précise de sa dernière consultation soit parce que face à l'enquêteur il souhaite se conformer à la réponse dont il

pense qu'elle est attendue par la société, ici en l'occurrence la norme sociale d'une consultation chez le dentiste au moins une fois par an conformément aux recommandations [8]. Une autre façon d'aborder le recours aurait pu être mobilisée, à partir de la partie de l'enquête appariée avec les données du SNIIRAM. Comparativement aux données déclaratives, le recours objectivé par les données du SNIIRAM permet en théorie de s'affranchir de tous les problèmes de biais de déclaration. Toutefois, cette stratégie n'a pas été retenue dans la mesure où les données issues de l'appariement ne permettent pas d'identifier correctement les non consommateurs [8].

L'objectif affiché dans l'étude de comparer l'accès aux soins dentaires des personnes en situation de handicap et de celui des personnes qui ne sont pas en situation de handicap nécessite de neutraliser les besoins de soins. En effet, l'omission de cette dimension dans notre analyse peut conduire à sous-estimer l'écart de recours aux soins entre les personnes handicapées et non handicapées, dans la mesure où le handicap peut être associé à un besoin accru de soins dentaires. Notre définition des besoins de soins repose ici sur les déchaussements dentaires dont on présuppose que ce sont des problèmes qui préexistent au recours et qui ne disparaissent pas avec le recours. Cette définition des besoins est sans doute réductrice et ne neutralise pas l'ensemble des différences de besoins qui peuvent exister entre les personnes en situation de handicap et les autres. Toutefois, les données de l'enquête ne permettent pas vraiment d'approcher de façon plus fine ces besoins de soins dentaires.

Les résultats mettent en évidence un moindre recours aux soins dentaires pour deux marqueurs du handicap, les limitations motrices et les limitations cognitives. Ces résultats sont assez conformes aux enseignements de la littérature qui soulignent bien les difficultés d'accès physique aux soins dentaires (accès au bâti, puis au fauteuil) et les difficultés relationnelles ou émotionnelles comme des obstacles importants susceptibles d'entraver l'accès aux soins dentaires des personnes en situation de handicap[2]. Ces difficultés d'accès existent que la personne soit victime de limitations fonctionnelles associées ou non à une reconnaissance administrative de handicap. Nos résultats montrent que les limitations cognitives font obstacle à l'accès aux soins dentaires mais ne permettent pas de dire précisément quelle dimension des limitations cognitives est la plus problématique : les problèmes de limitations intellectuelles expliquent-ils d'avantage le problème d'accès aux soins que les problèmes psychologiques ? Notre marqueur de limitations cognitives amalgame plusieurs dimensions. Il est envisagé d'enrichir cette première approche en déclinant cet indicateur en plusieurs marqueurs permettant de mieux cerner quelle dimension des limitations cognitives fait le plus obstacle à l'accès aux soins dentaires.

Les autres marqueurs du handicap retenus dans cette étude –les limitations visuelles et auditives- ne semblent pas être associés à une réduction du recours. Si certaines formes de handicap peuvent limiter l'accès aux soins dentaires, la reconnaissance administrative du handicap n'améliore pas, contrairement à l'hypothèse formulée au départ, le recours aux soins.

Les variables socioéconomiques ont un effet attendu sur le recours aux soins dentaires, avec un recours qui augmente avec le revenu, le diplôme et la couverture complémentaire [12;13]. L'introduction des variables socioéconomiques et géographiques réduit très fortement le différentiel d'accès des personnes en situation de handicap par rapport aux personnes qui ne sont pas en situation de handicap. Ainsi, après introduction de ces variables, seules les limitations motrices ressortent de façon significative, alors que les limitations motrices et cognitives réduisaient le



recours dans le modèle initial. Ces résultats suggèrent ainsi une atténuation du lien entre le handicap et le recours aux soins quand on prend en considération les variables socioéconomiques et géographiques. Le statut socioéconomique des personnes en situation de handicap est souvent plus défavorable que celui des personnes qui ne sont pas en situation de handicap. Cette situation socioéconomique plus souvent défavorisée semble expliquer en partie leur moindre recours. Les résultats obtenus sur la population spécifique des individus qui ont un niveau de diplôme équivalent ou supérieur à deux années après le bac confirment d'ailleurs cette interprétation : quand on neutralise dans une certaine mesure les différences socioéconomiques –même de façon imparfaite car cette catégorie des bac +2 est encore assez hétérogène-, les marqueurs de handicap ne sont plus associés à une diminution du recours aux soins dentaires.

Enfin, nos résultats ne semblent pas indiquer de difficultés d'accès aux soins préventifs liées au handicap, pour la population des personnes qui n'ont pas de problème dentaire (mesure de l'accès préventif). Pour cette population, aucune limitation fonctionnelle n'entrave l'accès aux soins bucco-dentaires, pas même les limitations motrices, et ce même dans les modèles qui n'intègrent pas les variables socioéconomiques et géographiques. Toutefois, ce résultat ne peut être extrapolé à l'ensemble de la population ; en effet, les difficultés possibles d'accès à la prévention pour les personnes handicapées ayant des problèmes dentaires n'ont pu être explorées ici dans la mesure où nous ne disposons pas d'information sur le recours à titre préventif.

## **Conclusion**

Cette étude met en évidence un différentiel d'accès aux soins dentaires des personnes en situation de handicap par rapport aux autres personnes. Ce différentiel est très significatif pour deux marqueurs du handicap, les limitations motrices et les limitations cognitives. Il est toutefois fortement réduit, voire annulé lorsque l'on introduit des variables socioéconomiques et géographiques dans les modèles. Il n'y a toutefois pas lieu de considérer que cette conclusion est transposable à l'ensemble des soins courants des personnes en situation de handicap. Ce premier aperçu de l'accès aux soins dentaires des personnes en situation de handicap sera complété par un panorama englobant d'autres soins courants pour fournir une évaluation globale.

## Annexe 1 : libellés des questions en lien avec les variables retenues dans l'étude

**BDEP** Pouvez-vous marcher 500 mètres sur un terrain plat sans l'aide de quelqu'un, d'une canne ou d'une aide technique ?

1. Oui, sans difficulté
2. Oui, avec quelques difficultés
3. Oui, avec beaucoup de difficultés
4. Non, je ne peux pas du tout
5. Sans objet : trop jeune

**BESCAL** Pouvez-vous monter et descendre un étage d'escalier sans l'aide de quelqu'un, d'une canne, de la rampe ou d'une aide technique ?

1. Oui, sans difficulté
2. Oui, avec quelques difficultés
3. Oui, avec beaucoup de difficultés
4. Non, je ne peux pas du tout
5. Sans objet : trop jeune

**BAGEN** Pouvez-vous vous baisser ou vous agenouiller, sans l'aide de quelqu'un ou d'une aide technique ?

1. Oui, sans difficulté
2. Oui, avec quelques difficultés
3. Oui, avec beaucoup de difficultés
4. Non, je ne peux pas du tout
5. Sans objet : trop jeune

**BMAIN** Pouvez-vous prendre un objet avec chacune de vos mains sans aide technique ?

1. Oui, sans difficulté
2. Oui, avec quelques difficultés
3. Oui, avec beaucoup de difficultés
4. Non, je ne peux pas du tout
5. Sans objet : trop jeune

**BBRAS** Pouvez-vous lever le bras (par exemple pour attraper un objet en hauteur) ?

1. Oui, sans difficulté
2. Oui, avec quelques difficultés
3. Oui, avec beaucoup de difficultés
4. Non, je ne peux pas du tout
5. Sans objet : trop jeune

**BTEMPS** Vous arrive-t-il de ne plus vous souvenir à quel moment de la journée on est ?

1. Non
2. Oui, parfois
3. Oui, souvent
9. Ne sait pas

**BMEM** Au cours d'une journée, vous arrive-t-il d'avoir des « trous de mémoire » ?

1. Non
2. Oui, parfois
3. Oui, souvent
9. Ne sait pas

**BCONC** Avez-vous des difficultés pour vous concentrer plus de 10 minutes ?

1. Non
2. Oui, parfois
3. Oui, souvent
9. Ne sait pas

**BVIEQ** Avez-vous des difficultés pour résoudre les problèmes de la vie quotidienne (comme se repérer sur un itinéraire ou compter l'argent) ?

1. Non
2. Oui, parfois
3. Oui, souvent
9. Ne sait pas

**BSAVOIR** Avez-vous des difficultés pour apprendre de nouveaux savoirs ou savoir-faire (par exemple avoir des problèmes importants de concentration, intégrer difficilement de nouvelles connaissances, avoir des troubles qui nuisent à un apprentissage, ...) que ce soit à l'école, en formation professionnelle, dans une activité de loisirs, ... ?

1. Non
2. Oui, parfois
3. Oui, souvent
9. Ne sait pas

**BCOMP** Avez-vous des difficultés pour comprendre les autres ou vous faire comprendre des autres (En dehors des difficultés liées aux différences de langue)?

1. Non
2. Oui, parfois
3. Oui, souvent
9. Ne sait pas

**BDANGA** Vous arrive-t-il, par votre comportement, de vous mettre en danger ?

1. Non
2. Oui, parfois
3. Oui, souvent
9. Ne sait pas

**BDANGR** Vous reproche-t-on d'être trop impulsif ou agressif?

1. Non
2. Oui, parfois
3. Oui, souvent
9. Ne sait pas

## Reference List

1. HAS. Audition publique, Accès aux soins des personnes en situation de handicap : synthèse des principaux constats et préconisation. Haute Autorité de Santé, editor. 1-8. 2011.  
Ref Type: Report
2. Hescot P, Moutarde A. Rapport de la mission "handicap et santé bucco-dentaire" Améliorer l'accès à la santé bucco-dentaire des personnes handicapées. 2010. Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité.  
Ref Type: Report
3. Limouzin S. Accès aux soins buccodentaires pour les personnes handicapées. 1-83. 2004.  
Ref Type: Report
4. Becker A, Shapira J. Orthodontics for the handicapped child. Eur J Orthod 1996; 18(1):55-67.
5. Becker A, Shapira J, Chaushu S. Orthodontic treatment for disabled children--a survey of patient and appliance management. J Orthod 2001; 28(1):39-44.
6. Hobson RS, Nunn JH, Cozma I. Orthodontic management of orofacial problems in young people with impairments: review of the literature and case reports. Int J Paediatr Dent 2005; 15(5):355-363.
7. Jacob P. 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, editor. 2013.  
Ref Type: Report
8. 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.  
Ref Type: Report
9. Mordier B. Construire sa vie avec un handicap moteur. L'environnement social et familial des personnes de 40 à 65 ans. Dossiers Solidarité Santé Direction de la Recherche d'EdledS, editor. 38. 2013.  
Ref Type: Report
10. Lupi-Pegurier L, Clerc-Urmes I, Abu-Zaineh M, Paraponaris A, Ventelou B. Density of dental practitioners and access to dental care for the elderly: a multilevel analysis with a view on socio-economic inequality. Health Policy 2011; 103(2-3):160-167.
11. Rochereau T., Azogui-Levy S. La prise en charge du suivi bucco-dentaire des personnes diabétiques est-elle adaptée? Exploitation de l'enquête ESPS 2008. Questions d'Economie de la Santé 2013; 185(Mars 2013).

12. Grignon M, Hurley J, Wang L, Allin S. Inequity in a market-based health system: Evidence from Canada's dental sector. *Health Policy* 2010; 98(1):81-90.
13. Raynaud D. Les déterminants individuels des dépenses de santé. *Etudes et Résultats* 2002; 378:1-9.