

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

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/207-l-hebergement-en-institution-favorise-l-acces-aux-soins-des-personnes-de-moins-de-60-ans-en-situation-de-handicap-en-france.pdf>

L'hébergement en institution favorise l'accès aux soins des personnes de moins de 60 ans en situation de handicap en France

Une exploitation de l'enquête Handicap-Santé Ménages et Institutions (2008-2009)

Anne Penneau, Sylvain Pichetti, Catherine Sermet (Irdes)

L'accès aux soins des personnes en situation de handicap a jusqu'à maintenant surtout été étudié par rapport à celui des personnes sans handicap. La littérature montre que les problèmes d'accès physique aux soins et la situation socio-économique plus défavorable des personnes handicapées sont parmi les principaux éléments d'explication de leur moindre recours aux soins. Par ailleurs, si l'accès aux soins des personnes en situation de handicap est bien documenté pour les personnes vivant à domicile, en revanche, il l'est moins pour celles résidant en institution. Les rares études comparant l'accès aux soins de ces deux populations se sont concentrées sur les soins dentaires montrant que la vie en institution semble augmenter la probabilité d'accéder à ces soins. Ce résultat sur les soins dentaires est-il généralisable aux autres soins ?

L'enquête Handicap-Santé Ménages (HSM, 2008) et Institutions (HSI, 2009), réalisée par la Drees et l'Insee, a permis de comparer le recours aux soins des personnes en situation de handicap résidant en ménages avec celui des personnes résidant en institution pour trois soins courants (les soins dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques) et quatre actes de prévention et de dépistage (dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus, colorectal et vaccination contre l'hépatite B). Elle permet ainsi d'apporter une réponse documentée à la question posée précédemment. Pour comparer ces deux populations, la définition du handicap retenue se fonde sur les restrictions d'activité pour la réalisation de soins personnels (*Activities of Daily Living* – ADL) ou de la vie domestique (*Instrumental Activities of Daily Living* – IADL) que les personnes ont déclarées.

De nombreuses études ont montré que l'accès aux soins courants et à la prévention est réduit pour les personnes en situation de handicap par rapport aux personnes sans handicap : accès au généraliste (Popplewell *et al.*, 2014), au dentiste (Lengagne *et al.*, 2014, Mahmoudi et Meade, 2015), à la prévention (Osborn *et al.*, 2012), au dépistage du cancer du sein (Horner-Johnson *et al.*, 2014)... Outre les problèmes d'accès physique aux soins, les caractéristiques

socio-économiques plus défavorables des personnes en situation de handicap sont généralement associées à un moindre recours.

Si ce problème de l'accès aux soins des personnes en situation de handicap est bien documenté en ville, il a en revanche donné lieu à moins d'études à l'échelle des institutions (Bravo *et al.*, 2014 ; Bussière *et al.*, 2013). Rares sont en particulier les comparaisons effectuées entre ménages et

institutions (Tiller *et al.*, 2001 ; Pradhan *et al.*, 2009). Ces études peu nombreuses, centrées principalement sur les soins dentaires, montrent que la vie en institution peut être associée à une augmentation de la probabilité d'accéder aux soins par rapport aux personnes handicapées qui restent à domicile. Toutefois, en dehors des soins dentaires, les études manquent pour confirmer les conclusions sur les conséquences de l'institutionnalisation pour d'autres soins.

E

Le handicap est susceptible d'accroître certains besoins de soins courants ou préventifs. Ainsi, le handicap peut potentiellement augmenter les besoins de **soins bucco-dentaires** 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 (Hescot et Moutarde, 2010). S'agissant des besoins de **soins ophtalmologiques**, la prévalence des problèmes de réfraction oculaire semble être plus forte pour les personnes ayant des déficiences mentales, tandis que les personnes handicapées trisomiques peuvent présenter une prévalence plus élevée de troubles de la vision (HAS, 2011). Les besoins de **soins gynécologiques** des

femmes en situation de handicap ne sont pas supérieurs à ceux des autres femmes mais pas inférieurs non plus (Jacob, 2013).

Parallèlement, l'augmentation de l'espérance de vie des personnes en situation de handicap – phénomène relativement récent – s'accompagne d'un besoin de soins de prévention afin d'éviter qu'avec l'avancée en âge n'apparaissent de nouveaux handicaps comme par exemple la surdité, la cécité ou la réduction de la mobilité ainsi qu'un possible accroissement des déficiences antérieures (Igas, 2011). Dans ces conditions, les personnes en situation de handicap devraient pouvoir accéder aux programmes de santé publique et de dépistage prévus pour l'ensemble de la population. Certains des actes de dépistage sélectionnés font partie de programmes de santé publique ou de dépistage organisés en France. En 2004, le dépistage organisé du **cancer du sein** à destination des femmes de 50 à

75 ans a été généralisé. Il comporte une mammographie et un examen des seins. Toutefois, il n'existe pas de dépistage organisé du **cancer du col de l'utérus** en France, à l'exception de quatre départements. Le dépistage individuel par frottis cervico-utérin est en revanche largement pratiqué, mais il est très inégalement réparti, certaines femmes le réalisant à des intervalles plus courts que les trois ans recommandés. 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. 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.

T1

Caractéristiques des personnes handicapées déclarant une ADL^a ou une IADL^b par tranche d'âge et lieu de résidence

	Les 20-29 ans		Les 30-39 ans		Les 40-49 ans		Les 50-59 ans		Les 60-74 ans		Ensemble des 20-74 ans			
	Institution	Ménage	Institution	Ménage	Institution	Ménage	Institution	Ménage	Institution	Ménage	Institution	Ménage		
Caractéristiques individuelles														
Âge moyen	24,98	24,91	34,99	35,06	44,64	44,97	54,11	54,88	66,56	67,65	45,67	52,05		
Genre	Homme		44,9	50,0	38,9	54,7	44,5	61,4	43,5	60,8	49,5	65,7	44,1	60,3
	Femme		55,1	50,0	61,1	45,3	55,5	38,6	56,5	39,2	50,5	34,3	55,9	39,7
Échelle des activités de la vie quotidienne (ADL) - Indicateur de Katz*														
Indépendant	63,8	81,9	58,9	86,7	63,3	90,3	60,6	91,6	50,2	84,7	59,3	86,7		
Dépendant	pour 1 ADL		5,5	4,8	6,8	4,8	7,1	3,7	8,4	4,0	9,4	5,5	7,6	4,7
	pour 2 à 4 ADL		6,9	6,9	8,1	5,6	7,7	3,8	8,2	2,9	11,8	6,0	8,5	5,2
	pour 5 à 6 ADL		16,2	6,5	19,1	2,9	17,1	2,1	19,3	1,5	26,5	3,8	19,5	3,4
Katz* : ne sait pas	7,6	0,0	7,1	0,0	4,8	0,0	3,3	0,0	2,1	0,0	5,1	0,0		
Moyenne de score de cumul de handicap	2	1,82	2,23	1,67	2,24	1,54	2,36	1,54	2,28	1,58	2,22	1,6		
Caractéristiques sociodémographiques														
Titulaire d'un diplôme	14,6	39,9	13,8	49,9	14,6	54,8	19,2	64,7	27,0	56,3	17,7	54,5		
Situation vis-à-vis de l'emploi	En emploi		2,6	12,9	3,5	21,1	2,1	26,1	2,3	18,2	0,0	2,4	2,6	16,1
	En emploi réservé pers. handicapées		19,9	13,7	17,9	15,7	17,6	7,1	14,3	2,5	0,4	0,0	13,9	4,1
	Avoir déjà travaillé		16,4	26,6	17,5	39,3	29,4	52,8	38,5	68,4	65,3	87,0	33,5	64,0
	N'avoir jamais travaillé		60,6	46,8	60,6	23,8	50,1	13,9	43,1	10,8	30,9	10,6	48,6	15,8
Protection sociale														
Bénéficiaire d'une complémentaire santé	61,7	67,4	62,3	68,5	63,4	69,7	63,9	75	61,1	80,4	62,7	75		
Bénéficiaire de la CMUC	21,1	15,3	19,9	19,9	21,2	19,1	17,1	14,1	12,7	7	18,4	13		
Ne pas avoir de complémentaire santé	9,2	16,1	9,6	11,4	7,7	10,2	8,2	10,1	13,1	12,1	9,4	11,3		
Ne sait pas	8	1,2	8,2	0,2	7,7	1	10,8	0,8	13,1	0,5	9,5	0,7		
Effectifs bruts totaux	622	248	879	483	1 113	889	1 019	1 458	822	1 832	4 455	4 910		

^a Restriction d'activité pour la réalisation de soins personnels selon la grille des activités de la vie quotidienne (ADL)

^b Restriction d'activité pour la réalisation d'activités domestiques selon la grille des activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL)

* L'indicateur de Katz évalue la capacité de la personne à réaliser six activités de la vie quotidienne (faire sa toilette ; s'habiller ; aller aux toilettes et les utiliser ; se coucher ou quitter son lit et s'asseoir ou quitter son siège ; contrôler ses selles et urines ; manger des aliments déjà préparés).

Source : Enquête HSM-HSI 2008-2009, Calculs Irdes.

 Télécharger les données.

REPÈRES

Ce *Questions d'économie de la santé* présente le deuxième volet des résultats obtenus dans le cadre d'un projet de recherche visant à explorer l'accès aux soins courants (soins dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques) et actes de dépistage et de prévention (frottis, mammographie, dépistage du cancer du côlon et vaccination contre l'hépatite B) des personnes en situation de handicap à domicile ou en institution. Les résultats complets de cette étude sont disponibles dans un rapport Irdes à paraître en juin 2015. Pour l'ensemble de ce projet, l'Irdes a bénéficié d'un financement de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) dans le cadre d'un appel à projets de l'Institut de recherche en santé publique (Iresp) en 2011.

En France, l'enquête sur la santé et le handicap déclinée dans un volet Ménages (HSM, 2008) et dans un volet Institutions (HSI, 2009) rend possible la réalisation de telles études. Si le volet Ménages de l'enquête a été exploité dans plusieurs publications (Lengagne *et al.*, 2014, Bussière *et al.*, 2014), les deux volets de l'enquête ont été moins fréquemment exploités de façon conjointe (Thiébaud *et al.*, 2013). Il s'agit ici de comparer le recours aux soins des personnes handicapées résidant en ménage et celles résidant en institution à partir de trois soins courants (les soins dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques) et quatre actes de dépistage et de prévention (dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus, colorectal et vaccination contre l'hépatite B). Les soins analysés dans cette étude ont été sélectionnés en raison des enjeux d'accès qu'ils représentent (encadré Handicap et besoins de soins).

Afin de déterminer l'impact de l'institutionnalisation sur l'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap, le recours aux soins des personnes hébergées en institution est comparé à celui de personnes qui se trouvent dans une situation de handicap comparable mais qui continuent de vivre en ménage (encadré Sources et données). Contrairement aux choix d'indicateurs de handicap qui avaient été retenus dans la publication précédente (Lengagne *et al.*, 2014) – limitations fonctionnelles ou reconnaissance administrative de handicap –, la définition du handicap comprend ici les personnes qui ont déclaré des restrictions d'activité pour la réali-

sation de soins personnels (selon la grille des *Activities of Daily Living* (ADL), activités de la vie quotidienne, notamment les difficultés à se laver seul, à s'habiller et se déshabiller seul, manger et boire seul...) ou de la vie domestique (selon la grille des *Instrumental Activities of Daily Living* (IADL), activités instrumentales de la vie quotidienne telles que les difficultés à faire ses courses seul, à préparer ses repas seul, à effectuer les tâches ménagères courantes seul,...). Ce changement méthodologique se justifie du fait qu'il ne s'agit plus ici de comparer le recours aux soins des populations en situation de handicap avec celui des populations sans handicap, mais de retenir au contraire un indicateur de handicap permettant de sélectionner dans chaque volet de l'enquête des populations en situation de handicap relativement comparables. Sélectionnées sur la base de ce même critère (ADL/IADL), les populations en ménage et en institution se différencient toutefois sur de nombreux

paramètres (structure par âge et par sexe, niveau social...) [tableau 1].

Soins dentaires et vaccination contre l'hépatite B : un recours accru pour les personnes en institution

Dans une première analyse qui ne neutralise aucune différence, ni en termes de caractéristiques démographiques, de degré de handicap ou de niveau social entre les personnes handicapées résidant en institution et celles résidant en ménage, des disparités de recours apparaissent en fonction des soins analysés. Le recours aux soins n'est pas significativement différent entre ces deux populations pour les soins ophtalmologiques, gynécologiques ainsi que pour le dépistage du cancer colorectal (tableau 2).

T2

Comparaison des moyennes de recours aux soins entre les personnes handicapées en ménage et en institution

		Effectifs bruts	Moyennes de recours	Test du chi ²		Ecart de moy. des pers. en institution par rapport aux ménages
				Valeur	Probabilité	
Soins dentaires						
Personnes	En ménage	3 077	0,4859	-7,86	<0,0001	0,0964
	En institution	3 523	0,5823			
Soins ophtalmologiques						
Personnes	En ménage	3 073	0,2344	1,58	0,1137	-0,0163
	En institution	3 618	0,2181			
Soins gynécologiques						
Personnes	En ménage	1 818	0,3533	1,3	0,1946	-0,0212
	En institution	1 552	0,3321			
Dépistage du cancer du col de l'utérus						
Personnes	En ménage	2 089	0,6421	10,8	<0,0001	-0,1869
	En institution	1 310	0,4552			
Dépistage du cancer du sein						
Personnes	En ménage	2 078	0,6938	7,40	<0,0001	-0,1576
	En institution	709	0,5362			
Dépistage du cancer colorectal (toute la France)						
Personnes	En ménage	2 061	0,1339	0,28	0,7804	-0,0032
	En institution	1 363	0,1307			
Vaccination contre l'hépatite B						
Personnes	En ménage	2 780	0,3428	-9,55	<0,0001	0,1305
	En institution	2 362	0,4733			

Lecture : La probabilité de recourir à des soins dentaires en ménage est de 0,48 contre 0,58 en institution ; le recours est significativement augmenté au seuil de 1 % de 10 points pour les personnes en institution.

Source : Enquête HSM-HSI 2008-2009, Calculs Irdes.

 [Télécharger les données.](#)

MÉTHODE

La méthode d'appariement vise à sélectionner dans chacune des deux populations – en ménage et en institution – les individus les plus semblables afin d'estimer l'effet de l'institutionnalisation sur la probabilité de recours aux soins. Le modèle d'appariement est adapté à la situation dans laquelle un traitement peut être administré ou non à un individu, la notion de traitement s'appliquant ici au fait pour un individu d'être hébergé en institution. L'accès à l'institution est représenté par une variable T qui prend la valeur 1 lorsque la personne réside en institution et 0 sinon. Le fait de recourir à des soins sera noté Y avec Y_1 pour le recours aux soins des personnes hébergées en institution et Y_0 pour le recours aux soins des personnes en ménage. Les variables Y_1 et Y_0 ne peuvent être observées à la même date pour un même individu. En effet, pour une personne en institution, Y_1 est observé alors que Y_0 ne l'est pas. Dans ce cas, Y_0 est le résultat contrefactuel, c'est-à-dire le recours qui prévaudrait si la personne résidait en ménage et non en institution. L'objectif est d'estimer pour chaque individu en institution son résultat contrefactuel afin d'évaluer l'effet causal de l'institutionnalisation sur le recours aux soins. Cet effet causal correspond à l'effet moyen du traitement dans la population des individus traités (ATT : *Average Effect of Treatment on the Treated*), c'est-à-dire à la différence entre le recours aux soins moyen des personnes hébergées en institution et la moyenne de leurs contrefactuels estimés :

$$\Delta^{TT} = E\{Y_{1i} - Y_{0i} | T_i = 1\} \text{ avec } i \text{ individus}$$

La méthode d'appariement par score de propension avec un estimateur de fonction noyau (*kernel matching*) utilise chaque individu non traité (en ménage) pour la construction du contrefactuel de l'individu traité i (en institution), avec une importance variant en fonction de la distance entre son score et celui de l'individu considéré. L'avantage majeur de cette méthode d'estimation est la faible variance qui en résulte grâce au volume important d'informations utilisées. Un point essentiel pour un appariement efficace des individus passe par une bonne définition du support commun (Caliendo *et al.*, 2008). Le support commun permet de retirer de l'analyse les individus résidant en institution trop dissemblables pour pouvoir être appariés avec les individus résidant à domicile. Statistiquement, les individus en institution sont considérés hors support lorsque leurs scores de propensions sont supérieurs au maximum ou inférieurs au minimum du score de propension des individus en ménage. Afin d'évaluer la variabilité des paramètres estimés, la méthode du *bootstrap* a été appliquée avec 100 répliqués. Cette méthode permet ainsi de calculer un intervalle de confiance à 95 % pour chaque effet moyen estimé.

Les variables explicatives ou dites d'appariement

La limitation du champ aux seules personnes déclarant des restrictions d'activités pour la réalisation des soins personnels (ADL) ou des activités de la vie domestique (IADL) permet de sélectionner une population considérée en situation de handicap, en ménage ou en institution. Cependant, le degré de difficultés rencontrées varie de façon très importante au sein de cette population et, particulièrement, entre les personnes hébergées en institution et celles résidant à domicile. Par conséquent, afin de neutraliser cette hétérogénéité, deux indicateurs spécifiant le degré de handicap sont introduits comme variables d'appariement : l'indicateur de Katz et le score de cumul de catégories de handicaps.

L'indicateur de Katz témoigne du degré de handicap auquel l'individu est confronté tandis que le score de cumul de catégories de handicaps permet d'identifier le nombre de types de difficultés (motrices, intellectuelles, psychiques, sensorielles ou de la parole) qui affectent l'individu. Les difficultés motrices sont approchées par les limitations fonctionnelles : les personnes doivent avoir déclaré rencontrer beaucoup de difficultés ou ne pas pouvoir réaliser l'activité pour au moins une de ces limitations fonctionnelles : « marcher 500 mètres », « monter et descendre un étage d'escalier », « lever le bras », « se servir de ses mains et de ses doigts », « prendre un objet avec chacune de ses mains », « se baisser ou s'agenouiller » ou « porter un sac à provisions de 5 kilos ». En ce qui concerne les difficultés intellectuelles, les réponses apportées sur les limitations fonctionnelles, les déficiences et les maladies ont été utilisées pour construire un indicateur. Cet indicateur comprend les personnes ayant déclaré être atteintes d'autisme (maladie n° 35), de trisomie 21 (maladie n° 37) ou d'un retard intellectuel (déficience n° 58). Il comprend également les personnes ayant déclaré rencontrer des difficultés d'apprentissage (déclaration d'une déficience (déficience n° 56) et d'une limitation fonctionnelle de modalité « souvent » BSAVOIR) ou de compréhension (déclaration d'une déficience (déficience n° 57) et d'une limitation fonctionnelle à modalité « souvent » BCOMP). L'indicateur de difficultés psychiques utilise quant à lui les déclarations de limitations fonctionnelles ainsi que les déficiences. Il comprend les personnes ayant déclaré avoir des troubles anxieux (déficience n° 54 et maladie n° 33) et/ou des dépressions (maladie n° 34 et déficience n° 53). Cet indicateur de difficultés psychiques comprend également les schizophrènes (maladie n° 36). L'indicateur de difficultés sensorielles comprend les individus ayant déclaré être aveugles ou sourds ou le fait de déclarer avoir d'importantes limitations fonctionnelles de la vue ou de l'ouïe (B2VUE, B3VUE, B2OUI). Enfin, l'indicateur de difficultés pour parler comprend les personnes ayant déclaré une déficience de la parole (déficience n° 41 à 45). Ainsi, le score de cumul de catégories de handicap varie de 0 à 5.

Outre ces variables caractérisant le degré de handicap, des variables dépeignant les caractéristiques démographiques (âge et sexe), les besoins de soins et le niveau social des individus (la situation dans l'emploi, diplôme, couverture complémentaire) sont intégrées pour réaliser l'appariement. Ainsi, l'âge et le sexe constituent les variables démographiques. Les besoins de soins spécifiques à chaque soin sont définis de façon équivalente à celle de l'analyse des soins en ménage (Lengagne *et al.*, 2015).

Les statistiques descriptives (tableau 1) ont permis de montrer que les caractéristiques des populations en institution et celles des populations en ménage, tant en termes démographiques, de degré de handicap que de niveau social, étaient peu éloignées dans les premières tranches d'âges mais qu'elles avaient tendance à différer dans les tranches d'âges les plus élevées. Compte tenu de cette hétérogénéité variable selon la tranche d'âge, la méthode d'appariement a été réalisée par strates d'âge de dix ans. Les écarts de recours sont calculés pour chacune de ces classes d'âge puis un écart de recours moyen est calculé pour l'ensemble de la population.

En revanche, le recours aux soins est accru pour les personnes en institution pour les soins dentaires [+9 points] et la vaccination contre l'hépatite B [+13 points] par rapport aux personnes en ménage. Il est au contraire réduit pour deux autres soins (dépistage du cancer du col de l'utérus [-19 points] et dépistage du cancer du sein [-16 points]) par rapport à la même référence. Il apparaît ainsi des difficultés de recours aux dépistages des cancers féminins plus importantes chez les femmes handicapées résidant en institution que chez celles résidant en ménage. Ces différentiels de recours peuvent être la conséquence du degré de handicap plus important des femmes résidant en institution, la réalisation de ces actes étant particulièrement difficile chez les femmes présentant des troubles importants, qu'ils soient physiques ou mentaux.

A caractéristiques de handicap identiques, les personnes en institution ont un recours aux soins plus élevé que les personnes en ménage pour tous les types de soins

Ces premiers résultats issus de comparaisons de moyennes doivent être précisés. Les populations de personnes handicapées en ménage et en institution étant hétérogènes (tableau 1), une méthode d'appariement est utilisée qui permet de comparer le recours de chaque personne handicapée en institution à celui d'une personne handicapée en ménage semblable en fonction de variables d'appariement (encadré Méthode). Cette méthode permet de constituer un support commun duquel sont retirés les individus résidant en institution trop dissemblables pour pouvoir être comparés aux individus résidant à domicile (6 % des personnes en institution sur l'ensemble des soins). Les résultats obtenus à partir de la méthode d'appariement (tableaux 3 et 4) mettent en évidence, pour tous les soins considérés, une probabilité de recours augmentée pour les personnes hébergées en institution par rapport aux personnes en ménage présentant les mêmes caractéristiques, à l'exception du dépistage du cancer du sein dont le résultat n'est pas significatif. Ce différentiel est toutefois variable selon le soin :

T3

Effet moyen de l'institutionnalisation sur le recours aux soins courants dans la population des individus handicapés en institution par tranche d'âge

	Recours en institution	Recours en ménage après appariement	Différence	Intervalle de confiance à 95 % Méthode du bootstrap	
Soins dentaires					
20-29 ans	0,6210	0,4641	0,1569	0,1490	0,1658
30-39 ans	0,6714	0,4533	0,2181	0,2109	0,2329
40-49 ans	0,6064	0,3317	0,2747	0,2669	0,2803
50-59 ans	0,4983	0,3696	0,1287	0,1219	0,1368
Ensemble	0,5712	0,3896	0,1816	0,1543	0,2136
Soins ophtalmologiques					
20-29 ans	0,2125	0,1831	0,0295	0,0180	0,0419
30-39 ans	0,2416	0,1829	0,0587	0,0566	0,0669
40-49 ans	0,2447	0,1701	0,0745	0,0673	0,0811
50-59 ans	0,2216	0,1335	0,0880	0,0837	0,0940
Ensemble	0,2173	0,1776	0,0400	0,0304	0,0522
Soins gynécologiques					
20-29 ans	0,3711	0,2224	0,1487	0,1352	0,1633
30-39 ans	0,3958	0,1663	0,2294	0,2249	0,2443
40-49 ans	0,3355	0,1817	0,1538	0,1404	0,1654
50-59 ans	0,3063	0,2471	0,0592	0,0474	0,0795
Ensemble	0,3396	0,2122	0,1274	0,1079	0,1679

Lecture : Parmi les 20-29 ans appartenant au support commun, 62 % des personnes handicapées résidant en institution ont déclaré avoir recouru à des soins dentaires. Si ces personnes avaient résidé en ménage, 46 % d'entre elles auraient recouru à ces soins. Ainsi, parmi les personnes en institution âgées de 20 à 29 ans appartenant au support commun, l'institutionnalisation augmente de 16 points la probabilité de recourir à des soins dentaires. L'application de la méthode du *bootstrap* permet d'apprécier la faible variabilité du paramètre estimé allant d'un différentiel de 15 à 17 points dans 95 % des cas.

Sources : Enquête HSM-HSI 2008-2009, Calcul Irdes.

Champ : Individus âgés de 20 à 59 ans, ayant répondu à l'enquête Handicap-Santé (HSM ou HSI), ayant déclaré au moins une restriction d'activité et appartenant au support commun de l'appariement.

 [Télécharger les données.](#)

il est faible pour deux soins (dépistage du cancer du côlon +3 points ; soins ophtalmologiques +4 points), plus élevé pour le frottis (+9 points) et pour les soins gynécologiques (+13 points) ; il atteint un niveau encore plus accentué pour la vaccination contre l'hépatite B (+17 points) et pour les soins dentaires (+18 points).

Pour chaque soin, les écarts de recours fluctuent selon la tranche d'âge

Pour un soin donné, les écarts de recours peuvent fluctuer de façon importante selon la tranche d'âge. Ainsi, pour les soins dentaires pour lesquels un écart de recours global de 18 points est mesuré sur l'ensemble de la population âgée de 20 à 59 ans appartenant au support commun, l'écart n'est que de 13 points pour les personnes âgées de 50 à 59 ans et atteint au contraire 27 points pour les personnes âgées de 40 à 49 ans. La variabilité du différentiel est également particulièrement accentuée pour le dépistage du cancer du col de l'utérus (4 points d'écart seulement pour les personnes âgées de 55 à 64 ans *versus* 22 points d'écart pour les personnes âgées de 35 à 44 ans).

SOURCE ET DONNÉES

L'enquête Handicap-Santé, représentative de la population résidant en France métropolitaine, a été conduite par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et se décline en deux volets, l'un centré sur les ménages (HSM) et l'autre sur les institutions (HSI). Pour obtenir des statistiques suffisamment robustes sur les personnes en situation de handicap, une enquête filtre préliminaire a été menée pour constituer un échantillon de ménages qui surreprésente les personnes dont la sévérité du handicap est présumée forte.

Dans le volet Ménages, 29 930 personnes, en situation de handicap ou non, ont été enquêtées entre le 31 mars et le 19 juillet 2008. Le volet Ménages contient à la fois des informations sur la personne interrogée (âge, sexe, niveau de diplôme, niveau de revenu...), sur son état de santé (existence de maladies, recours aux soins, prévention...), le repérage de sa situation de handicap (existence de déficiences, limitations fonctionnelles, restrictions d'activité) et enfin des éléments relatifs à sa participation sociale et à son environnement (environnement familial et existence d'aidants familiaux et/ou professionnels, caractéristiques du logement, accessibilité, scolarité, emploi, revenus et allocations, loisirs et discrimination ressentie). Le volet Institutions comprend initialement 9 104 individus en institutions pour personnes handicapées adultes ou en maisons de retraite. Mais la base finalement exploitable pour cette étude porte sur 8 841 individus. Les deux volets de l'enquête peuvent être exploités de façon conjointe pour analyser la question du recours aux soins grâce à des questions identiques.

Les populations enquêtées dans chacun de ces volets sont toutefois potentiellement assez différentes. La population de l'enquête HSM comporte des personnes en situation de handicap ou non, tandis que la population de l'enquête HSI porte sur des personnes hébergées au long cours dans des institutions et donc plus

probablement en situation de handicap. Un indicateur a été retenu pour sélectionner des populations relativement comparables en termes de situation de handicap présumé dans les deux volets. La déclaration de restrictions d'activité pour la réalisation des soins personnels (ADL) ou de la vie domestique (IADL) a été retenue comme le critère permettant de sélectionner la population en situation de handicap, dans chacun des volets de l'enquête, dans la mesure où elle se rapproche le plus de la définition du handicap définie par la loi de 2005¹.

Une fois appliqué le filtre ADL/IADL, les effectifs de l'enquête HSM passent de 29 930 individus à 8 397 tandis que ceux de l'enquête HSI évoluent de 8 841 à 7 480 individus.

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 vers celle des personnes âgées dépendantes. Toutefois, pour les autres actes de prévention, les bornes d'âge sont modifiées pour tenir compte des recommandations nationales spécifiques (25 à 64 ans pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, 50 à 74 ans pour le dépistage des cancers du côlon et du sein).

Toutefois, les populations sélectionnées en ménage et en institution sont encore trop hétérogènes pour envisager de comparer directement leur recours aux soins (tableau 1), ce qui plaide en faveur de la méthode d'appariement (encadré Méthode).

¹ Article L.114 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

T4

Effet moyen de l'institutionnalisation sur le recours à la prévention dans la population des individus handicapés en institution par tranche d'âge

	Recours en institution	Recours en ménage après appariement	Différence	Intervalle de confiance à 95 % Méthode du bootstrap	
Frottis					
25-34 ans	0,4363	0,2892	0,14701	0,1326	0,1628
35-44 ans	0,5307	0,3156	0,2151	0,2009	0,2299
45-54 ans	0,5421	0,4315	0,1107	0,0986	0,1238
55-64 ans	0,3900	0,3485	0,0415	0,0278	0,0544
Ensemble	0,4544	0,3625	0,0919	0,0685	0,1119
Mammographie					
50-59 ans	0,7258	0,5882	0,1377	0,1188	0,1509
60-74 ans	0,4417	0,5071	-0,0654	-0,0792	-0,0425
Ensemble	0,5807	0,5520	0,0287	-0,0159	0,0477
Cancer du côlon (département pilote)					
50-59 ans	0,1951	0,3127	-0,1175	-0,1341	-0,0895
60-74 ans	0,1575	0,2033	-0,0458	-0,0725	-0,0342
Ensemble	0,1616	0,2792	-0,1177	-0,1319	-0,0888
Cancer du côlon (hors département pilote)					
50-59 ans	0,1525	0,0376	0,1150	0,1074	0,1253
60-74 ans	0,1088	0,0503	0,0585	0,0503	0,0659
Ensemble	0,1307	0,0446	0,0860	0,0727	0,0962
Cancer du côlon					
Ensemble	0,1367	0,1071	0,0296	0,0402	0,0743
Vaccination contre l'hépatite B					
20-29 ans	0,5104	0,3978	0,1126	0,1118	0,1301
30-39 ans	0,4830	0,2990	0,1840	0,1682	0,1996
40-49 ans	0,4561	0,2900	0,1661	0,1576	0,1802
50-59 ans	0,3719	0,2019	0,1700	0,1605	0,1899
Ensemble	0,4648	0,2991	0,1657	0,1595	0,1914

Lecture : Parmi les femmes âgées de 50 à 74 ans appartenant au support commun, 58 % des personnes résidant en institution ont déclaré avoir recouru à la mammographie. Si ces femmes avaient résidé en ménage, il est estimé que 55 % d'entre elles auraient recouru à ces soins. L'application de la méthode du bootstrap présente cependant une forte variabilité du paramètre estimé allant d'un différentiel d'environ -2 points à +5 points dans 95 % des cas. Cette variabilité des résultats semble être la conséquence d'une forte hétérogénéité de recours en fonction des classes d'âge (plus ou moins 60 ans).

Sources : Enquête HSM-HSI 2008-2009, Calcul Irdes.

Champ : Individus ayant répondu à l'enquête Handicap-Santé (HSM ou HSI) et ayant déclaré au moins une restriction d'activité et appartenant au support commun de l'appariement.

 [Télécharger les données.](#)

Dans le cas du dépistage du cancer du sein, la barrière des 60 ans implique une forte différenciation de l'effet de l'institutionnalisation sur le recours au dépistage. Pour les femmes entre 50 et 59 ans résidant en institution et appartenant au support commun, l'institutionnalisation est liée à une augmentation de la probabilité de recourir au dépistage de 14 points alors que pour les femmes âgées de 60 à 74 ans, l'institutionnalisation est au contraire associée à une probabilité de recourir au dépistage inférieure de 7 points.

Les campagnes de dépistage rencontreraient un écho plus important du côté des ménages

Le dépistage organisé du cancer du côlon a d'abord fait l'objet d'une expérimentation depuis 2004 sur certains départements pilotes. Les résultats montrent que parmi les personnes handicapées résidant en ménages, celles appartenant à un territoire pilote présentent un recours significativement supérieur (28 % *versus* 4 %) alors que chez les personnes handicapées en institution, la différence entre les territoires pilotes et non pilotes est moins flagrante (16 % *versus* 13 %).

Les comparaisons de recours entre les personnes handicapées en institution et celles en ménage avant prise en compte des différences en termes de handicap et de niveau social indiquent une probabilité de recours aux dépistages féminins inférieure pour les femmes handicapées résidant en institution. Après rééquilibrage des distributions grâce à la méthode d'appariement, les résultats soulignent un impact positif de l'institutionnalisation sur le recours au soin pour l'ensemble des soins étudiés. Il y a toutefois lieu de souligner que la méthode d'appariement exclut par définition les personnes hébergées en institution les plus handicapées, pour lesquelles il est impossible de trouver des individus comparables en ménage. Le différentiel de recours est variable en fonction de ces soins, de trois points supérieur pour la mammographie à 18 points pour les soins dentaires, ces derniers résultats étant cohérents avec Tiller *et al.*, 2001 et Pradhan *et*

al., 2009. Les résultats sur la mammographie indiquent des disparités particulièrement importantes de part et d'autre de la barrière d'âge de 60 ans avec un recours supérieur des femmes résidant en institution avant 60 ans et inférieur au-delà. Cette barrière d'âge semble également s'appliquer pour les soins dentaires. En effet, les résultats montrent que le recours aux soins dentaires des personnes handicapées de moins de 60 ans résidant en institution est supérieur à celui des personnes handicapées en ménage, ce qui contraste avec une étude réalisée par Thiébaud *et al.* (2013) sur les personnes de plus de 60 ans, montrant que le recours aux soins den-

taires des personnes âgées dépendantes résidant en institution est inférieur à celui de leurs homologues qui résident à domicile. Il est possible que des différences organisationnelles entre types d'établissements expliquent ces résultats. L'âge de 60 ans correspond à l'âge charnière auquel les établissements pour personnes âgées dépendantes (Ehpad, maisons de retraites, Unités de soins de longue durée (USLD)) se substituent aux établissements pour adultes handicapés (Maison d'accueil spécialisé (Mas), Foyer d'accueil médicalisé (Fam), Foyer de vie, Foyers d'hébergement). Enfin, les résultats sur le dépistage du cancer du côlon montrent que les

campagnes de sensibilisation rencontrent un écho beaucoup plus important du côté des ménages que du côté des institutions. Ce résultat peut être mis en rapport avec la réticence du personnel des institutions à accompagner les personnes handicapées dans la réalisation du test Hemocult® (Couëpel *et al.*, 2011).

Plusieurs hypothèses organisationnelles sont susceptibles d'expliquer une probabilité de recours aux soins et à la prévention supérieure pour les personnes handicapées résidant en institution : accès à l'information relative aux professionnels et structures de soins externes (hôpitaux, médecine de ville...) capables de prendre en charge les personnes handicapées (exemple : présence d'un médecin coordi-

nateur dans certaines institutions médicalisées, réseaux de soins...). Les établissements disposent par ailleurs de locaux pouvant potentiellement accueillir des professionnels de ville ou peuvent organiser la logistique permettant le transport des personnes handicapées vers les cabinets des professionnels de ville. Enfin, la prise en charge peut être facilitée par la présence d'un professionnel de l'institution jouant le rôle d'intermédiaire entre le médecin et le patient handicapé.

Ainsi, il est vraisemblable qu'un meilleur accès aux soins des personnes handicapées en ménage passe par une meilleure information sur les professionnels de santé et les structures à même de les accueillir : carte des capacités de soins adaptés et d'accom-

pagnement des personnes handicapées au niveau local (Jacob, 2013). Cette information peut être relayée par les acteurs de santé du territoire (institutions, Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), réseaux de santé...) susceptibles de faire naître des actions communes sur la thématique de l'accès aux soins des personnes handicapées, qu'elles résident en institution ou non. Cette amélioration de la diffusion de l'information relative à l'offre devra nécessairement s'accompagner d'une réflexion – impliquant des aspects organisationnels – sur la façon dont les établissements peuvent répondre à cette demande d'accès aux soins émanant des ménages (mobilisation des professionnels de santé impliqués dans les établissements, logistique...).

POUR EN SAVOIR PLUS

- Aggarwal A., Pandurangi A., Smith W. (2013). "Disparities in Breast and Cervical Cancer Screening in Women with Mental Illness: A Systematic Literature Review". *American Journal of Preventive Medicine*, 44(4): 392-398.
- Bravo G., Dubois M.F., Demers L., Dubuc N., Blanchette D., Painter K., Lestage C., Corbin C. (2014). "Does Regulating Private Long-term Care Facilities Lead to Better Care? A Study from Quebec, Canada". *International Journal for Quality in Health Care*, June, 26(3) : 330-336.
- Bussièrè C., Le Vaillant M., Pelletier-Fleury N. (2013). « Le recours au dépistage du cancer chez les personnes en situation de handicap ». *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol 61 (S4), octobre.
- Bussièrè C., Sicsic J., Pelletier-Fleury N. (2014). "The Effects of Obesity and Mobility in Access to Breast and Cervical Cancer Screening in France: Results from the National Health and Disability Survey". *Plos One*, 9(8), 1-11.
- Caliendo M., Kopeinig S. (2008). "Some Practical Guidance for the Implementation of Propensity Score Matching". *Journal of Economic Surveys*, Vol 22, No.1, pp.31-72.
- Couëpel L., Bourgarel S., Piteau-Delord M. (2011). « Dépistage du cancer chez les personnes handicapées : pratiques en établissement médico-social ». *Pratiques et organisation des soins*, n° 4.
- HAS (2011). « Accès aux soins des personnes en situation de handicap : synthèse des principaux constats et préconisations : Audition publique », Haute Autorité de santé.
- Hescot P., Moutarde A. (2010). « Améliorer l'accès à la santé bucco-dentaire des personnes handicapées. Rapport de la mission Handicap et santé bucco-dentaire ». Secrétariat d'Etat chargé de la famille et de la solidarité.
- Horner-Johnson W., Dobbertin K., Andresen E.M., Lezzoni L.I. (2014). "Breast and Cervical Cancer Screening Disparities Associated with Disability Severity". *Women's Health Issues*, 24(1), e147-e153.
- Igas (2011). « La prise en charge du handicap psychique ». Inspection générale des affaires sociales.
- 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.
- Lengagne P., Penneau A., Pichetti S., Sermet C. (2014). « L'accès aux soins dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques des personnes en situation de handicap en France. Une exploitation de l'enquête Handicap-Santé Ménages ». Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n°197, avril.
- Lengagne P., Penneau A., Pichetti S., Sermet C. (2015). « L'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap en France. Tome 1 – Résultats de l'enquête Handicap-Santé volet Ménages, Rapport, Irdes, à paraître.
- Mahmoudi E., Meade M.A. (2015). "Disparities in Access to Health Care among Adults with Physical Disabilities: Analysis of a Representative National Sample for a Ten-Year Period". *Disability and Health Journal*, 8(2):182-190.
- Osborn D.P.J., Horsfall L., Hassiotis A., Petersen I., Walters K., Nazareth I. (2012). "Access to Cancer Screening in People with Learning Disabilities in the UK: Cohort Study in the Health Improvement Network, a Primary Care Research Database". *Plos One*, August, vol 7(8).
- Popplewell N.T.A., Rechel B.P.D., Abel G.A. (2014). "How do Adults with Physical Disability Experience Primary Care? A Nationwide Cross-sectional Survey of Access among Patients in England". *British Medical Journal Open*, 4.
- Pradhan A., Slade G.D., Spencer A.J. (2009). "Access to Dental Care among Adults with Physical and Intellectual Disabilities: Residence Factors". *Australian Dental Journal*, 54(3): 204-211.
- Quintin C., Salines E., Duport N. (2013). « Est-ce que le handicap ou les limitations peuvent influencer sur les pratiques de dépistage du cancer du sein ? Analyse de l'enquête Handicap Santé-Ménage de 2008 ». *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, vol. 61 (S4), octobre.
- Scheer J., Kroll T., Neri M.T., Beatty P. (2003). "Access Barriers for Persons with Disabilities: the Consumer's Perspective". *J Disabil Policy Stu.* 2003;14(4):221-30.
- Thiébaud S., Lupi-Pégurier L., Paraponaris A., Ventelou B. (2013). « Comparaison du recours à un chirurgien-dentiste entre les personnes âgées institutionnalisées et celles vivant à domicile, France, 2008-2009 ». *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n°7.
- Tiller S., Wilson K.I., Gallagher J.E. (2001). "Oral Health Status and Dental Service Use of Adults with Learning Disabilities Living in Residential Institutions and in the Community". *Community Dental Health*, September; 18(3) : 167-171.
- Van Schrojenstein Lantman-de Valk H.M., Walsh P.N. (2008). "Managing Health Problems in People with Intellectual Disabilities". *Bmj*;337:a2507.

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

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

À PARAÎTRE PROCHAINEMENT

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

Même si des progrès ont été faits en matière d'égalité des droits et des chances des personnes en situation de handicap (cf. loi du 11 février 2005), la question de leur accès aux soins courants et à la prévention demeure d'actualité. Le manque de données permettant d'identifier et de caractériser cette population ainsi que de mesurer son recours aux soins dans les enquêtes santé en population générale participait d'expliquer le peu d'études françaises sur le sujet. Les enquêtes Handicap-Santé Ménages et Institutions, réalisées par la Drees et l'Insee en 2008-2009, ont en partie comblé ce manque livrant des informations sur le type, la gravité ou la reconnaissance administrative du handicap. Mais si, jusqu'à présent, les études existantes traitaient de problèmes spécifiques d'accès aux soins des personnes en situation de handicap, jamais encore elles n'avaient offert un panorama global de l'accès aux soins courants et de prévention de cette population réalisé à partir d'une même base de données et selon une méthodologie partagée pour tous les soins comme c'est le cas dans ce rapport. Ce rapport est composé de deux volets, l'un centré sur les personnes handicapées résidant en ménage, l'autre sur celles résidant en institution.



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

Pascale Lengagne, Anne Penneau, Sylvain Pichetti, Catherine Sermet

Rapport n° 560 - juin 2015

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

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

Anne Penneau, Sylvain Pichetti, Catherine Sermet

Rapport n° 561 - juin 2015

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

