

Conditions de vie et santé des personnes handicapées en Île-de-France

Exploitation régionale de l'enquête Handicap-Santé
Ménages (HSM) 2008

Janvier 2013

Remerciements

Les personnes suivantes ont contribué à la réalisation de ce travail, que ce soit par leur participation au comité de pilotage qui s'est réuni une fois, par leurs conseils méthodologiques hors comité de pilotage et/ou par leur relecture du rapport final ou du document de synthèse.

Nous tenons à leur exprimer nos plus vifs remerciements pour leurs commentaires et suggestions ainsi que pour l'intérêt et la disponibilité qu'ils ont pu porter à cette étude.

Pour leur participation au comité de pilotage :

Nathalie Augustine, Insee Île-de-France

Jérôme Bertrand, IAU Île-de-France

Corinne Martinez, Insee Île-de-France

Pascale Roussel, MSSH, EHESP

Pour leurs relectures et/ou appui et conseils méthodologiques :

Jean-Yves Barreyre, CREAHI Île-de-France

Jérôme Bertrand, IAU Île-de-France

Clotilde Bouquet, CREAHI Île-de-France

Gérard Bouvier, Insee

Christine Canet, ORS Île-de-France

Caroline Laborde, ORS Île-de-France

Josiane Le Guennec, Insee Bretagne

Yara Makdessi, Drees

Maria Melchior, Inserm U1018

Corinne Martinez, Insee Île-de-France

Pierre Mormiche

Xavier Niel, Insee

Marie Raphaëlle, IFRH, MSSH

Pascale Roussel, MSSH, EHESP

Catherine Vincelet, ORS Île-de-France

Citation recommandée : EMBERSIN-KYPRIANOU C., CHATIGNOUX E., Conditions de vie et santé des personnes handicapées en Île-de-France. Exploitation régionale de l'enquête Handicap-Santé Ménages (HSM) 2008, Rapport de l'Observatoire régional de santé Île-de-France, 2012, 142 p.

Source : Handicap-Santé, volet ménages - 2008 - (2008) [fichier électronique], INSEE [producteur], Centre Maurice Halbwachs (CMH) [diffuseur]

Sommaire

Introduction	5
Principaux résultats	13
Matériel et méthode	29
L'enquête Handicap-Santé	31
Faisabilité d'une exploitation francilienne de l'enquête Handicap-Santé Ménages (HSM)	35
Éléments de méthode	39
Approches du handicap	43
Les limitations fonctionnelles	45
Les restrictions d'activité	51
La reconnaissance administrative d'un handicap ou d'une perte d'autonomie	55
Les liens entre les différents critères de définition du handicap	57
Limitations fonctionnelles, restrictions d'activité, reconnaissance d'un handicap et PCS	59
Participation sociale : type de ménage, formation, emploi, sorties du domicile	63
Type de ménage	65
Formation	67
Situation vis-à-vis de l'emploi	69
Sorties du domicile	71
Facteurs environnementaux : accessibilité des transports et des lieux, discriminations	73
Accessibilité des transports en commun	75
Accessibilité des lieux	79
Discriminations	83
Santé et recours aux soins	89
Perception de sa santé générale et de sa santé bucco-dentaire	91
Vaccination	99
Recours au médecin généraliste et au médecin spécialiste	101
Renoncement aux soins	105
Conclusion	111
Bibliographie	121
Annexes	127
Liste des sigles utilisés	141

Introduction

La nécessité de mieux connaître la population handicapée ou en situation de handicap en Île-de-France, ses caractéristiques, les difficultés rencontrées dans sa vie quotidienne, sociale et professionnelle, dans son accès à la prévention et aux soins, conjuguée à la disponibilité de l'enquête Handicap-Santé, réalisée par l'Insee et la Drees, ont conduit à entreprendre une exploitation régionale de cette enquête.

Dans la loi du 11 février 2005¹, le handicap est défini comme « *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 ou définitive, d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ». Une situation de handicap résulte ainsi de l'interaction entre les facteurs individuels (les aptitudes et les limitations fonctionnelles, le parcours de vie) et les facteurs environnementaux (qui peuvent être des obstacles ou des facilitateurs à l'exercice d'activités souhaité par les personnes), interaction dont les conséquences entraînent ou n'entraînent pas de limitations d'activités ou de restriction de participation à la vie sociale. Ce faisant, elle s'inspire des nouvelles approches du handicap recommandées par l'OMS (CTNERHI).

Dans la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), qui a remplacé en 2001 la classification internationale des handicaps (CIH), trois niveaux d'observation existent pour le handicap : les déficiences, les limitations d'activités et les restrictions de participation.

- Les déficiences désignent des problèmes dans les fonctions organiques² ou la structure anatomique³, manifestés par un écart ou une perte importante et sont souvent conséquentes à une maladie ;
- Les limitations d'activité sont les difficultés qu'une personne peut rencontrer pour mener une activité (exécution d'une tâche ou d'une action) et qui sont l'interaction entre la ou les déficiences et les facteurs d'environnement ;
- Les restrictions de participation désignent les problèmes qu'une personne peut rencontrer pour participer à une situation de vie. Les facteurs environnementaux constituent l'environnement physique, social et l'attitude des gens. Les éléments de l'environnement peuvent faciliter ou entraver la réalisation d'activités ou la participation sociale (CTNERHI).

Dix ans après l'enquête HID (Handicap – Incapacités – Dépendance, 1999), première grande enquête en France sur le handicap, l'enquête Handicap-Santé (HS) vise notamment à mesurer l'état fonctionnel et l'autonomie des personnes, et à identifier les facteurs environnementaux freinant ou favorisant la réalisation des activités de la vie quotidienne (Bouvier, 2011). Un des objectifs de cette enquête est d'apporter des informations pouvant contribuer à l'évaluation des nouveaux dispositifs (création de l'allocation personnalisée pour l'autonomie ou APA pour les personnes de 60 ans ou plus - prestation de compensation du handicap ou PCH, etc.).

¹ Loi n°2005-102 pour « l'égalité des droits, des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ».

² Fonctions physiologiques des systèmes organiques, y compris les fonctions psychologiques.

³ Parties du corps comme les organes, les membres et leurs composantes.

Une dimension essentielle de la loi de 2005 et développée dans l'enquête Handicap-Santé est celle qui concerne l'accessibilité, entendue au sens large : accessibilité à tout et pour tous, dans tous les domaines de la vie sociale : scolarité, enseignement supérieur et professionnel, emploi, travail adapté, travail protégé, cadre bâti, transports, nouvelles technologies, loisirs, etc. C'est le principe d'accessibilité généralisée.

Le réseau interministériel sur l'accessibilité a donné en 2006 une définition de l'accessibilité : « *L'accessibilité permet l'autonomie et la participation des personnes ayant un handicap, en réduisant, voire supprimant, les discordances entre les capacités, les besoins et les souhaits d'une part, et les différentes composantes physiques, organisationnelles et culturelles de leur environnement d'autre part. L'accessibilité requiert la mise en œuvre des éléments complémentaires, nécessaires à toute personne en incapacité permanente ou temporaire pour se déplacer et accéder librement et en sécurité au cadre de vie ainsi qu'à tous les lieux, services, produits et activités. La société, en s'inscrivant dans cette démarche, fait progresser également la qualité de vie de tous ses membres* » (DIPH, 2006)

Par ailleurs, la convention internationale relative aux droits des personnes handicapées, adoptée le 13 décembre 2006 au siège de l'Organisation des Nations unies à New York⁴ et ratifiée par la France le 18 février 2010, réaffirme dans l'article 9 l'engagement des Etats à prendre des mesures afin d'assurer l'accessibilité aux personnes handicapées « *l'accès à l'environnement physique, aux transports, à l'information et à la communication, y compris aux systèmes et technologies de l'information et de la communication, et aux autres équipements et services ouverts ou fournis au public, tant dans les zones urbaines que rurales.* »

Les liens entre inégalités sociales et handicap

Différentes exploitations de l'enquête HID, réalisée en 1998 et 1999, ont pu mettre en évidence des liens entre handicap et inégalités sociales. Une analyse de cette enquête a ainsi montré que les ouvriers étaient plus nombreux que les cadres/professions libérales à déclarer être atteints d'une déficience (après standardisation sur le sexe et l'âge) et que cette différence s'accroissait lorsque le nombre de déficiences augmentait. Cette tendance suit un continuum selon la hiérarchie sociale (Mormiche & Boissonnat, 2003). Cette étude montre aussi que le rapport entre les prévalences des incapacités chez les ouvriers et chez les cadres/professions libérales va dans le même sens que celui des déficiences mais est plus élevé pour les incapacités que pour les déficiences. Les écarts entre ouvriers et cadres sont cependant moins marqués lorsque le nombre d'incapacités est plus élevé (5 ou plus). Ainsi, à l'inégale répartition des déficiences selon la catégorie socio-professionnelle, s'ajoute une inégale capacité à maîtriser ces déficiences, qui se traduit en incapacités. Pour mesurer le désavantage social, un indicateur de non-emploi (proportion de personnes n'ayant jamais travaillé ou ayant perdu leur dernier emploi pour raison de santé) a été utilisé et montre que le rapport entre les proportions de non-employés chez les ouvriers et chez les cadres/professions libérales en âge de travailler (20 à 59 ans) va dans le même sens que pour les déficiences et les incapacités mais est plus élevé (Mormiche & Boissonnat, 2003).

⁴ Convention relative aux droits des personnes handicapées et protocole facultatif, <http://www.un.org/french/disabilities/default.asp?id=1413>

Spécificités du contexte régional francilien

Avec près de 11,7 millions d'habitants au 1er janvier 2008⁵, l'Île-de-France est une région jeune, fortement urbanisée, qui abrite 18,2% de la population française. Première région économique française, avec 29% du PIB national en 2009 (Chiffres-clés de la région Île-de-France 2012), elle est marquée par son dynamisme économique, avec un taux de chômage plus faible que dans le reste de la France, 8,3% au 3^{ème} trimestre 2011 contre 9,3% en France métropolitaine (enquête emploi en continu 2010). La population francilienne est fortement diplômée, avec 42% de diplômés de l'enseignement supérieur (29% en province) d'après l'enquête emploi en continu 2010 (Chiffres-clés de la région Île-de-France 2012) et de niveau socio-professionnel élevé, 29% de cadres et professions intellectuelles supérieures contre 13% en province et seulement 14% d'ouvriers contre 25% en province. Le niveau de revenu y est globalement plus élevé avec un salaire annuel brut moyen en 2009 de plus de 41 000 euros, toutes catégories confondues, contre 29 500 en province (Insee, DADS) et une part plus faible de foyers fiscaux non imposables, 37% contre 46% en France métropolitaine en 2009 (Direction générale des impôts).

L'Île-de-France est cependant une région où existent de fortes disparités socio-économiques entre départements ou, au sein des départements, entre des zones défavorisées et des zones favorisées (par exemple le nord des Hauts-de-Seine plutôt défavorisé vs le sud du département très favorisé). Le rapport inter-décile du revenu fiscal par unité de consommation, qui est un indicateur de mesure de la disparité des revenus⁶, était, en 2008, de 7,3 en Île-de-France alors qu'il était de 5,0 en province (5,4 en France métropolitaine) (Mipes, 2010). La part de ménages dont au moins 75% des ressources proviennent des prestations des CAF varie, en Île-de-France, de 3,6% pour les Yvelines à 11,6% pour la Seine-Saint-Denis, départements extrêmes en termes de situation socio-économique (Halfen, Saunal, Laurent, Pépin, & Grémy, 2010). De plus, l'Île-de-France a la particularité de regrouper les départements dont le taux de pauvreté⁷ est le plus élevé de France, la Seine-Saint-Denis avec 22,7% de ménages pauvres en 2009 (Insee, revenus disponibles localisés) et ceux dont les taux de pauvreté sont les plus bas de France, les Yvelines avec un taux en 2009 de 7,4% ou la Seine-et-Marne avec un taux de 9,4% des ménages.

Ces inégalités se traduisent par des inégalités de santé, observables au niveau de la mortalité et de la morbidité, entre les huit départements d'Île-de-France mais aussi à un niveau infra-départemental, entre les zones de pauvreté et les zones plus favorisées. Ainsi l'espérance de vie à la naissance des

⁵ Population légale au 1^{er} janvier 2008

⁶ Le rapport inter-déciles (D9/D1) du revenu fiscal par UC établit le rapport entre les revenus par UC les plus élevés et les revenus par UC les plus faibles, en ôtant de chaque côté les 10% de personnes aux revenus les plus extrêmes. Cet indicateur mesure la disparité relative entre les plus hauts et les plus bas revenus fiscaux, sans être déformé par les revenus les plus extrêmes.

⁷ Le taux de pauvreté correspond ici à la proportion de ménages fiscaux (hors ménages en logement collectif et sans abri) dont le niveau de vie est inférieur pour une année donnée à un seuil, dénommé seuil de pauvreté (exprimé en euros), qui est ici de 60% du niveau médian. L'Insee, comme Eurostat et les autres pays européens, mesure la pauvreté monétaire de manière relative, le seuil de pauvreté étant déterminé par rapport à la distribution des niveaux de vie de l'ensemble de la population.

hommes en Île-de-France varie de 77,4 ans en Seine-et-Marne à 79,9 ans dans les Hauts-de-Seine et pour les femmes, de 83,5 ans en Seine-et-Marne à 85,6 ans dans les Yvelines (Halfen, Saunal, Laurent, Pépin, & Grémy, 2010).

Pour ce qui est du handicap, certains indicateurs relatifs à l'insertion des personnes handicapées ou à leur prise en charge sont défavorables dans la région : en termes de dépistage et de prise en charge, un manque de Centres d'action médico-sociale précoce dans la région, retardant le dépistage des handicaps et obligeant les parents à une forte mobilisation pour la prise en charge du handicap (Le suivi des indicateurs du Plan régional de santé publique 2006-2010 en Île-de-France, Edition actualisée et complétée), un déficit d'établissements pour personnes handicapées, obligeant des mobilités résidentielles y compris internationales, une proportion beaucoup plus faible d'établissements employant au moins 6% de personnes handicapées, 20% en Île-de-France contre 31% en moyenne en France (Soulisse & Vallée, 2008), alors que l'Île-de-France regroupe presque un quart des établissements assujettis à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (loi du 10 juillet 1987⁸ et loi du 11 février 2005⁹).

Cependant, des premiers résultats de l'enquête Vie Quotidienne et Santé (VQS) (Midy, 2009), ayant servi de filtre à l'enquête Handicap-Santé Ménages, indiquent que la proportion de personnes ayant au moins une limitation fonctionnelle importante en Île-de-France est la plus basse de France (8,9% contre 11,7% en moyenne en France), proportion qui reste toujours la plus basse de France après ajustement sur les structures par sexe et âge.

⁸ La loi du 10 juillet 1987 fait obligation aux établissements de 20 salariés et plus ainsi qu'au secteur public d'employer à hauteur de 6% de leur effectif les personnes dont le handicap a été reconnu administrativement et relevant des cinq catégories suivantes : celles qui ont obtenu une RQTH (reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé) auprès d'une COTOREP (actuellement MDPH), les accidentés du travail avec un taux d'incapacité permanente de plus de 10% et titulaires d'une rente versée par un organisme de la sécurité sociale, les invalides pensionnés subissant une réduction des 2/3 de leur capacité de travail, les mutilés de guerre et assimilés, titulaires d'une pension d'invalidité, les veuves et orphelins de guerre, les sapeurs-pompiers volontaires, victimes d'un accident dans l'exercice de leur fonction et titulaires d'une allocation ou d'une rente d'invalidité.

⁹ La loi du 11 février 2005 élargit les bénéficiaires de l'obligation d'emploi aux titulaires de la carte d'invalidité et aux bénéficiaires d'une allocation adultes handicapés.

Cette étude sera guidée par plusieurs objectifs :

- identifier la population handicapée ou pouvant être en situation de handicap en Île-de-France,
- repérer les spécificités franciliennes sur différents aspects mesurant les conditions de vie des personnes handicapées : la participation sociale, l'accessibilité et le recours aux soins,
- étudier les liens avec les inégalités sociales.

Un premier chapitre abordera les approches du handicap, selon les différents concepts, et les prévalences des handicaps selon les catégories socio-professionnelles.

Un deuxième chapitre concernera quatre aspects de la participation sociale des personnes handicapées : leur mode de vie, l'accès à la formation et à l'emploi et les sorties du domicile.

Un troisième chapitre sera consacré à plusieurs éléments de l'environnement impactant les conditions de vie et qui semblent particulièrement importants pour la région francilienne : l'accessibilité des transports en commun et des différents lieux de vie et les discriminations ressenties par les personnes handicapées.

Un dernier chapitre abordera la santé, telle qu'elle est perçue par les personnes elles-mêmes et le recours aux soins. La santé et le recours aux soins des personnes handicapées sont encore mal éclairés, particulièrement en Île-de-France. Dans cette partie seront abordés la perception de sa santé générale, question issue du mini-module européen sur la santé, et la perception de sa santé bucco-dentaire. Les pratiques préventives seront étudiées à travers la question de la vaccination. L'accès aux soins sera appréhendé au travers de l'accès aux médecins généralistes et spécialistes et par la question du renoncement aux soins.

Principaux résultats

Cette exploitation régionale de l'enquête Handicap-Santé a été guidée par plusieurs objectifs : mieux connaître la population adulte de 20 ans ou plus handicapée ou en situation de handicap en Île-de-France, repérer les spécificités franciliennes sur les questions d'accessibilité au sens large et de recours aux soins, étudier les liens avec les inégalités sociales. L'exploitation de l'enquête Handicap-Santé réalisée ici concerne le volet « ménage » de l'enquête, donc n'inclut pas les personnes vivant dans des collectivités ou institutions (les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes par exemple).

L'approche du handicap

- **Une approche du handicap par trois indicateurs qui se recoupent mais ne se superposent pas : les limitations fonctionnelles, les restrictions d'activité et la reconnaissance administrative d'un handicap ou d'une perte d'autonomie**

Les limitations fonctionnelles (LF) traduisent l'état fonctionnel de la personne, indépendamment de son environnement ou des aides techniques dont elle dispose ; les restrictions d'activité (RA), qui représentent les difficultés rencontrées lors de la réalisation d'activités du quotidien ; la reconnaissance administrative d'un handicap ou d'une perte d'autonomie (RH ou RHP), ouvrant droit à des dispositions spécifiques ou à l'attribution de prestations.

La présence de **limitations fonctionnelles** a été synthétisée par une variable, reprenant le degré de sévérité maximum (l'impossibilité de réaliser l'activité en question, par exemple marcher 500 mètres sur un terrain plat sans l'aide de quelqu'un, d'une canne ou d'une aide technique), pour au moins l'une des activités de la liste de dix-neuf fonctions (8 fonctions motrices/physiques, 3 fonctions sensorielles, 8 fonctions cognitives/psychiques).

La présence d'une **restriction d'activité** a été synthétisée par une variable créée à partir de 7 activités de la vie quotidienne (AVQ ou ADL en anglais) correspondant aux activités de soins personnels et de 12 activités instrumentales de la vie quotidienne (IAVQ ou IADL en anglais) correspondant aux activités plus complexes. Le choix a été fait ici de prendre en compte les personnes ayant au moins une restriction dans les activités ADL et IADL, quel que soit le niveau de difficulté considéré. Ce choix a été fait pour plusieurs raisons : d'une part les ADL correspondent aux besoins vitaux des individus et une difficulté même légère peut impliquer un besoin d'aide ; la comparaison entre cette variable « avoir au moins une restriction d'activité » et le GALI (indicateur de restriction globale d'activité) du mini-module européen montre que les personnes adultes de moins de 60 ans se perçoivent fortement limitées même si la restriction d'activité n'est pas forte.

La **reconnaissance d'un handicap ou d'une perte d'autonomie** a été créée à partir des différentes questions relatives aux prestations liées au handicap ou à la perte d'autonomie ou aux dispositifs spécifiques aux personnes handicapées.

- **En Île-de-France, 12% des personnes de 20 ans ou plus ont au moins une limitation fonctionnelle absolue, 8% une restriction d'activité et 8% une reconnaissance administrative d'un handicap ou d'une perte d'autonomie**

Rapportées à la population de l'Île-de-France (population légale de 2009) et en prenant en compte les intervalles de confiance à 95%, ces prévalences indiquent qu'il y aurait en Île-de-France :

- entre 1 271 000 et 1 600 000 personnes avec une limitation fonctionnelle absolue,
- entre 883 500 et 1 103 000 personnes avec une restriction d'activité (quelle que soit la difficulté pour réaliser l'activité ou l'impossibilité de la réaliser) et,
- entre 822 600 et 1 053 300 personnes ayant une reconnaissance d'un handicap ou d'une perte d'autonomie.

Les prévalences sont plus élevées chez les personnes plus âgées. En Île-de-France, chez les 20-59 ans, 8% ont déclaré au moins une limitation fonctionnelle absolue, 6% une reconnaissance d'un handicap et 4% au moins une restriction d'activité. Chez les 60 ans ou plus, ces proportions sont respectivement de 28%, 15% et 24% pour la restriction d'activité.

Si les liens entre ces trois approches montrent que différentes situations peuvent exister, une limitation fonctionnelle absolue correspondrait à un niveau de gravité moindre que celui de la restriction d'activité, qui serait, selon les âges, soit moins fréquente que la reconnaissance d'un handicap (chez les 20-59 ans), soit plus fréquente que la reconnaissance administrative (chez les personnes de 60 ans ou plus).

On parlera de personne handicapée ou personne ayant un handicap pour désigner les personnes qui ont au moins l'un des trois critères définis ici, limitation fonctionnelle absolue, restriction d'activité ou reconnaissance d'un handicap/perte d'autonomie.

- **Des limitations fonctionnelles absolues et restrictions d'activité plus souvent déclarées par les femmes que par les hommes mais une reconnaissance administrative plus fréquente chez les hommes**

En Île-de-France comme ailleurs, les femmes déclarent plus souvent des limitations fonctionnelles absolues/graves et des restrictions d'activité que les hommes, avec des différences plus marquées chez les personnes âgées de 60 ans ou plus, et cependant non significatives aux âges jeunes en Île-de-France. En Île-de-France, ce sont ainsi un tiers des femmes (21% des hommes) qui ont une limitation fonctionnelle absolue et 31% des femmes (15% des hommes) qui ont une restriction d'activité.

En revanche, en Île-de-France comme dans le reste de la France, la reconnaissance administrative d'un handicap ou d'une perte d'autonomie concerne des proportions plus élevées d'hommes que de femmes, avec des différences plus marquées chez les personnes de 60 ans ou

plus. Ainsi, en Île-de-France, 18% des hommes contre 12% des femmes de 60 ans ou plus ont une reconnaissance d'un handicap ou d'une perte d'autonomie.

- **Des prévalences de handicap qui varient selon un gradient social : plus élevées chez les ouvriers, moins élevées chez les cadres, en Île-de-France comme dans le reste de la France**

En Île-de-France, plus de la moitié des personnes ayant une limitation fonctionnelle absolue ou une restriction d'activité appartiennent aux catégories socio-professionnelles « employés » et « ouvriers » (un tiers pour les employés et 20% pour les ouvriers) alors que cette proportion est de 37% pour les personnes n'ayant pas de limitation fonctionnelle absolue ou pas de restriction d'activité. Parmi les personnes ayant une reconnaissance d'un handicap ou d'une perte d'autonomie, la proportion de cadres et professions intellectuelles supérieures est plus élevée que parmi celles ayant une limitation fonctionnelle absolue ou une restriction d'activité. Les cadres et professions intellectuelles supérieures, ouvriers, employés, représentent, pour chacune de ces catégories environ 2 personnes sur 10.

En Île-de-France comme ailleurs, la prévalence des limitations fonctionnelles absolues et des restrictions d'activité varie selon un gradient social, avec des prévalences plus faibles parmi les cadres et professions intellectuelles supérieures, des prévalences plus élevées chez les ouvriers et chez les inactifs. Quelques nuances sont observées pour la reconnaissance administrative chez les Franciliens de 20-59 ans où la prévalence chez les cadres est un peu plus élevée ou comparable à celle chez les professions intermédiaires ou employés.

- **La population francilienne ayant un handicap d'un niveau socio-professionnel plus élevé que celle résidant dans le reste de la France**

Les Franciliens ayant un handicap, quel que soit le critère, appartiennent plus souvent aux catégories socio-professionnelles situées en haut de l'échelle sociale que les non Franciliens : 24% de ceux ayant une restriction d'activité sont de catégories « cadres et professions intellectuelles supérieures » ou « professions intermédiaires » en Île-de-France contre 13% hors Île-de-France et parmi les personnes ayant une reconnaissance d'un handicap, ces proportions sont de 34% contre 13% hors Île-de-France. A l'inverse, les ouvriers sont moins représentés en Île-de-France : par exemple 18% de ceux ayant une restriction d'activité en Île-de-France sont ouvriers contre 25% hors Île-de-France. Cette différence de structuration sociale chez les personnes ayant un handicap reflète le constat observé en population générale en Île-de-France.

- **Une prévalence des handicaps plus faible en Île-de-France que dans le reste de la France à structure par sexe et âge comparables...**

Les prévalences des handicaps sont plus faibles en Île-de-France que dans le reste de la France, avec des différences un peu moins marquées chez les personnes de plus de 60 ans (différences statistiquement non significatives mais allant dans le même sens que chez les personnes de

moins de 60 ans). Chez les moins de 60 ans, une limitation fonctionnelle absolue est déclarée par 8% des Franciliens contre 10% des non Franciliens, une restriction d'activité par 4% des Franciliens contre 6% des non Franciliens et une reconnaissance d'un handicap par 6% des Franciliens contre 9% des non Franciliens. Ces résultats sont confirmés par les modèles de régression logistique, ajustés sur l'âge et le sexe.

- **... expliquée par une différence de structuration sociale entre l'Île-de-France et le reste de la France sauf pour la reconnaissance d'un handicap**

Ces différences entre l'Île-de-France et le reste de la France disparaissent après ajustement sur l'âge, le sexe et la PCS sauf pour la reconnaissance d'un handicap qui reste, chez les moins de 60 ans, inférieure en Île-de-France. Ainsi, les prévalences plus faibles de limitations fonctionnelles et restriction d'activité en Île-de-France étaient expliquées par une différence de structuration sociale entre l'Île-de-France et le reste de la France mais la persistance d'une reconnaissance d'un handicap plus faible doit trouver d'autres explications. Moindres demandes de reconnaissance d'un handicap en Île-de-France ou plus grandes difficultés de reconnaissance ? Moindre gravité des handicaps en Île-de-France, n'impliquant pas une reconnaissance administrative ? Il serait nécessaire d'approfondir ces questions pour avoir des éléments d'explication.

Conditions de vie et participation sociale des personnes handicapées

- **Les personnes handicapées vivent plus souvent seules, dans une famille monoparentale ou dans un autre type de ménage (autre que seul, monoparental ou en couple) en Île-de-France comme dans le reste de la France**

Environ 2 personnes sur 10 de 20-59 ans ayant une limitation fonctionnelle absolue, une restriction d'activité ou une reconnaissance administrative d'un handicap vivent seules en Île-de-France, proportion plus élevée que celles observée chez les autres (environ 13% quel que soit le critère de handicap). Les personnes de 60 ans ou plus ayant un handicap vivent également plus souvent seules (44% de celles ayant une limitation fonctionnelle absolue et 48% de celles ayant une restriction d'activité), tandis que cela concerne 30% de celles n'ayant pas de limitation fonctionnelle absolue ou de restriction d'activité. Elles vivent aussi plus souvent dans une famille monoparentale pour les 20-59 ans, 15% de celles ayant un handicap, quel que soit le critère contre moins de 10% pour celles n'ayant pas de limitation fonctionnelle, ou pas de restriction d'activité ou pas de reconnaissance administrative. Vivre dans un autre type de ménage est aussi plus fréquent, surtout les 60 ans ou plus.

La comparaison des modes de vie des personnes handicapées entre l'Île-de-France et le reste de la France montre assez peu de différences significatives.

- **Des difficultés d'accès à la formation pour les personnes ayant un handicap : proportion élevée de personnes sans diplôme et faible de personnes diplômées de l'enseignement supérieur**

Quel que soit le critère retenu pour le handicap et la catégorie d'âge, **les personnes handicapées sont moins diplômées que les autres** en Île-de-France comme dans le reste de la France. Ainsi en Île-de-France, celles n'ayant pas de diplôme représentent 37% des 20-59 ans ayant une restriction d'activité contre 11% de celles n'en ayant pas. La proportion de diplômés de l'enseignement supérieur n'est que de 15% des personnes ayant une restriction d'activité ou 19% de celles ayant une limitation fonctionnelle absolue alors qu'elle atteint 45% des personnes de 20-59 ans n'ayant pas l'un des critères de handicap. Cette proportion atteint 28% des personnes ayant une reconnaissance d'un handicap, proportion la plus élevée parmi les personnes ayant une limitation fonctionnelle absolue ou une restriction d'activité.

En combinant diplôme obtenu et niveau d'étude, les personnes de 20-59 ans ayant un handicap sont environ 4 sur 10 à avoir un diplôme ou un niveau inférieur ou égal au collège alors que cela ne représente que 17% des autres.

- **Un niveau de formation des personnes handicapées plus élevé en Île-de-France que dans le reste de la France**

Cela est particulièrement vrai chez les personnes de 60 ans ou plus, quel que soit le critère de handicap retenu, tandis que chez les 20-59 ans, les différences ne sont pas significatives pour les personnes ayant une restriction d'activité et à la limite de la significativité pour celles ayant une limitation fonctionnelle absolue. Le niveau de formation plus élevé parmi les personnes handicapées en Île-de-France ne trouverait pas son explication dans un meilleur accès à la formation mais dans une plus grande attractivité de la région pour les personnes plus diplômées.

- **Une insertion professionnelle plus difficile pour les personnes ayant un handicap, avec un taux de chômage plus élevé et des proportions d'inactifs plus élevées, en Île-de-France comme dans le reste de la France**

Quel que soit le critère de handicap, les personnes de 20-59 ans handicapées occupent moins souvent un emploi. En Île-de-France, parmi celles ayant une restriction d'activité, seules 3 sur 10 occupent un emploi (8 sur 10 parmi celles n'en ayant pas) et cela concerne 5 personnes sur 10 parmi celles ayant une reconnaissance d'un handicap (8 sur 10 pour celles n'en ayant pas) et 6 sur 10 parmi celles ayant une limitation fonctionnelle absolue (8 sur 10 pour les autres).

Le taux de chômage (nombre de chômeurs rapporté à la population active¹⁰) est particulièrement élevé chez les personnes handicapées : 20% parmi celles ayant une reconnaissance d'un handicap en Île-de-France, 25% parmi celles ayant une limitation fonctionnelle absolue et 38% parmi celles ayant une restriction d'activité. Cette proportion est, en Île-de-France, de 7% chez

¹⁰ Personnes en emploi, chômeurs, apprentis, stagiaires rémunérés.

celles n'ayant pas de limitation fonctionnelle absolue, ou pas de restriction d'activité ou pas de reconnaissance d'un handicap.

- **Un taux de chômage plus élevé en Île-de-France que dans le reste de la France parmi les personnes ayant une restriction d'activité mais des proportions d'inactifs ne différant pas entre l'Île-de-France et le reste de la France**

Par rapport au reste de la France, le taux de chômage déclaré par les personnes actives ayant une restriction d'activité est plus élevé en Île-de-France, 38% contre 22%. Pour les autres critères de handicap, les taux ne diffèrent pas significativement entre les zones géographiques même s'ils semblent toujours un peu plus élevés en Île-de-France. Si les personnes moins diplômées ou ayant un niveau d'études plus bas ont un risque plus élevé de chômage que les autres, le chômage reste plus élevé en Île-de-France après ajustement sur l'âge, le sexe et le niveau d'études/diplôme.

Ce résultat surprenant, au regard d'un meilleur niveau de diplôme/formation chez les personnes handicapées en Île-de-France et d'une situation plus favorisée de l'Île-de-France en termes de dynamisme économique, pourrait trouver son explication dans un environnement ne facilitant pas l'accès à l'emploi de ces personnes : difficultés d'accès aux transports, aménagements des postes, discriminations, etc. Cela est à mettre en corrélation avec la proportion plus élevée d'entreprises franciliennes ne respectant pas l'obligation légale d'emploi des personnes handicapées.

- **Des sorties du domicile moins fréquentes chez les personnes ayant une limitation fonctionnelle, une restriction d'activité ou une reconnaissance d'un handicap**

Chez les personnes de 20-59 ans, 13% de celles ayant une restriction d'activité ont déclaré sortir de leur domicile moins souvent qu'une fois par semaine (0 pour celles n'ayant pas de restriction d'activité). Ces proportions sont plus élevées chez les 60 ans ou plus, respectivement 24% et 0,5%. Parmi les différents critères de handicap, ce sont les personnes ayant une restriction d'activité, et en particulier celles de moins de 60 ans, qui sont les plus nombreuses à déclarer sortir moins souvent de leur domicile. Ces proportions sont de 6% chez les personnes de 20-59 ans ayant une limitation fonctionnelle absolue et de 7% chez celles ayant une reconnaissance d'un handicap.

Peu de différences sont observées entre l'Île-de-France et le reste de la France dans les fréquences de sorties du domicile.

La première raison de restriction de sortie du domicile, citée par plus de 6 personnes sur 10 ayant un handicap (quel que soit le critère) et sortant moins souvent qu'une fois par semaine est que l'état de santé ne le permet pas, suivie par l'absence d'envie de sortir (un quart des Franciliens en situation de handicap). D'autres raisons sont liées, plus ou moins directement à

l'état de santé : l'anxiété à l'idée de sortir, l'absence d'aide humaine, un environnement non adapté, etc.

Les facteurs d'environnement : accessibilité des transports, des lieux et discriminations

- **De fréquentes difficultés d'utilisation des transports en commun parmi les personnes ayant une limitation fonctionnelle, une restriction d'activité ou une reconnaissance d'un handicap, en Île-de-France ou hors Île-de-France**

Chez les Franciliens de 20-59 ans, un quart de celles ayant une limitation fonctionnelle absolue, un tiers de celles ayant une reconnaissance d'un handicap et près de la moitié de celles ayant une restriction d'activité ont des difficultés d'utilisation des transports en commun, alors que cela concerne moins de 2% des personnes n'ayant pas ces handicaps. Chez les personnes de 60 ans ou plus, ce sont 6 personnes sur 10 ayant une restriction d'activité qui ont ces difficultés (5% pour celles n'ayant pas de restriction d'activité).

- **Ces difficultés sont plus fréquentes en Île-de-France que dans le reste de la France**

La moitié des Franciliens de 20-59 ans ayant une restriction d'activité déclarent des difficultés d'utilisation des transports en commun contre un tiers des non Franciliens et parmi ceux ayant une reconnaissance administrative, c'est un tiers des Franciliens contre 19% des non Franciliens qui déclarent ces difficultés. Chez les 60 ans ou plus, les différences Île-de-France / reste de la France ne sont significatives que pour ceux ayant une restriction d'activité.

Parmi les difficultés, rester debout lors des trajets est cité par plus de la moitié des Franciliens handicapés, et est une raison plus souvent citée par les Franciliens que les non Franciliens. Une raison citée également par plus de la moitié des personnes handicapées de 20-59 ans et plus de 7 personnes sur 10 de 60 ans ou plus est de monter ou descendre des véhicules. Cette raison est citée dans des proportions comparables entre l'Île-de-France et le reste de la France.

- **Deux Franciliens handicapés sur dix déclarent des difficultés voire l'impossibilité à accéder à certains lieux, notamment le centre-ville, les services de proximité, commerces et services publics**

Chez les moins de 60 ans, 21% des Franciliens ayant une restriction d'activité déclarent avoir des difficultés ou l'impossibilité d'accéder à certains lieux (contre 0,4% de ceux n'ayant pas de restriction d'activité), ces proportions sont légèrement plus faibles pour les autres critères de handicap mais importantes (15% de ceux ayant une reconnaissance administrative et 12% de ceux ayant une limitation fonctionnelle absolue). Chez les 60 ans ou plus, les tendances sont comparables dans des proportions plus élevées : 30% de ceux ayant une restriction d'activité

(0,8% de ceux n'en ayant pas) et 22% de ceux ayant une limitation fonctionnelle absolue ou une reconnaissance d'un handicap ont des difficultés d'accès à certains lieux.

Les lieux les plus souvent cités sont les lieux de l'environnement immédiat : ville ou centre-ville, services de proximité, centre commercial, services publics et certains lieux de loisirs comme le cinéma par exemple. **Un environnement physique inadapté (pas de rampe d'accès ou d'ascenseur, présence d'escaliers, impraticabilité du cheminement de plain-pied notamment) est la raison citée par environ 7 personnes sur 10**, quel que soit le critère de handicap, quel que soit l'âge, en Île-de-France comme dans le reste de la France.

Parmi les autres raisons les plus citées, l'accueil humain inadapté (communication difficile, manque d'écoute ou d'attention, multiplicité des interlocuteurs, personnels d'accueil non spécialisés, etc.) est cité par 14% des 20-59 ans ayant une restriction d'activité ou une limitation fonctionnelle absolue, l'accueil matériel inadapté (mauvaise configuration des lieux, absence de guichet isolé, pas d'espace d'attente, etc.) est cité par 16% de ceux ayant une restriction d'activité (14% de ceux ayant une limitation fonctionnelle absolue).

- **Un accueil humain inadapté et des attitudes négatives des gens plus souvent cités par les personnes de 60 ans ou plus en Île-de-France que dans le reste de la France comme raisons des difficultés d'accès à certains lieux**

La comparaison Île-de-France / reste de la France montre que les Franciliens âgés de 60 ans ou plus en restriction d'activité ont plus souvent déclaré des difficultés ou l'impossibilité d'accès à certains lieux, par rapport aux non Franciliens, et les personnes de moins de 60 ans ayant une reconnaissance d'un handicap ont également plus souvent cité ces difficultés.

Si les raisons citées le sont dans le même ordre entre l'Île-de-France et le reste de la France, un accueil humain inadapté et les attitudes négatives des gens (moqueries, rejet, etc.) sont plus souvent cités par les Franciliens de 60 ans ou plus que leurs homologues de province.

- **Des discriminations plus souvent ressenties par les personnes ayant un handicap, en particulier chez les moins de 60 ans, en Île-de-France comme dans le reste de la France**

Chez les Franciliens de 20-59 ans ayant l'un des critères de handicap, environ 4 sur 10 ont déclaré avoir subi des discriminations au cours de la vie et pour plus de la moitié d'entre eux, pour raison de santé ou de handicap : 27% des 20-59 ans ayant une restriction d'activité et 25% de ceux ayant une reconnaissance d'un handicap. La déclaration de discriminations est moins fréquente chez les personnes de 60 ans ou plus.

La comparaison entre l'Île-de-France et le reste de la France ne montre pas de différence chez les personnes de 20-59 ans ayant un handicap sur la perception de discriminations pour raisons de santé tandis que les personnes de 60 ans ou plus sont plus nombreuses dans le reste de la France à déclarer avoir ressenti des discriminations pour raison de santé.

- **La méconnaissance du handicap, source de discriminations**

La moitié des personnes ayant une limitation fonctionnelle absolue, une restriction d'activité ou une reconnaissance d'un handicap / perte d'autonomie et ayant déclaré avoir ressenti des discriminations pour raison de santé citent des a priori que les gens peuvent avoir sur le handicap ou l'état de santé. Près de la moitié des personnes ayant une restriction d'activité et environ un tiers de celles ayant une limitation fonctionnelle absolue ou une reconnaissance d'un handicap ont cité les limitations causées par le handicap (la lenteur, les difficultés de communication ou le besoin d'aide humaine).

Les circonstances des discriminations sont nombreuses, et si elles ne sont pas toutes connues précisément, les relations avec l'administration en sont une citée par plus de 25% des personnes ayant une limitation fonctionnelle ou une reconnaissance d'un handicap, les relations avec les voisins sont citées par 1 personne sur 5 en ayant un handicap, la recherche d'un emploi par 1 personne sur 5 ayant une reconnaissance d'un handicap. Les lieux où sont le plus ressenties les discriminations sont la rue ou les lieux publics (environ 4 personnes sur 10) et le lieu de travail (3 sur 10 parmi celles ayant une reconnaissance d'un handicap ou une limitation fonctionnelle).

- **Les discriminations plus souvent déclarées par les personnes moins diplômées, en Île-de-France comme en France**

Les personnes ayant un niveau de diplôme inférieur ou égal au niveau collège et ayant une reconnaissance d'un handicap ont plus souvent déclaré des discriminations pour raison de santé que les autres. Celles ayant une limitation fonctionnelle absolue et un niveau de diplôme inférieur ou égal au niveau primaire ont également déclaré plus souvent des discriminations que les autres, cela toutes choses égales par ailleurs.

Des discriminations pour raison de santé sont également plus souvent déclarées par les personnes ayant une reconnaissance d'un handicap et de PCS professions intermédiaires, employés, ouvriers et inactifs (avec ou sans prestations invalidité).

Perception de la santé et recours aux soins

- **Une perception de sa santé nettement moins bonne parmi les personnes handicapées, parmi les personnes moins diplômées, en Île-de-France comme dans le reste de la France**

En Île-de-France, plus de la moitié des personnes de moins de 60 ans ayant une restriction d'activité déclarent que leur état de santé est mauvais ou très mauvais (3% chez celles n'ayant pas de restriction d'activité), 4 personnes sur 10 parmi celles ayant une reconnaissance administrative et 3 sur 10 parmi celles ayant une limitation fonctionnelle absolue. Cette tendance est également observée chez les personnes de 60 ans ou plus.

Si on n'observe pas de différences entre l'Île-de-France et le reste de la France, des différences sont observées selon la PCS et le niveau de diplôme. Les ouvriers et les inactifs ayant une limitation fonctionnelle ou une reconnaissance d'un handicap ont un risque plus élevé de se percevoir en moins bonne santé, ainsi que les employés parmi les personnes ayant une limitation fonctionnelle, après ajustement sur l'âge, le sexe, la région. Ce constat n'est pas spécifique aux personnes handicapées et est fait également en population générale. Ce risque est aussi plus élevé chez les personnes dont le diplôme ou niveau d'études est inférieur ou égal au niveau collège (quand il y a limitation fonctionnelle ou reconnaissance d'un handicap) et chez celles jamais scolarisées ou non diplômées (quand il y a restriction d'activité).

- **Une perception de sa santé bucco-dentaire nettement moins bonne parmi les personnes handicapées et un état dentaire plus dégradé**

Un autre indicateur témoignant de sa santé perçue et, pour lequel les inégalités sociales sont particulièrement marquées, est la santé bucco-dentaire. Si la perception de la santé bucco-dentaire est pour l'ensemble des personnes, moins bonne que celle de la santé en général, les personnes ayant un handicap ont une moins bonne perception de leur état de santé bucco-dentaire : plus de la moitié des 20-59 ans handicapées perçoivent leur santé bucco-dentaire moyenne, mauvaise ou très mauvaise alors que cela concerne environ 30% des personnes qui n'ont pas de limitation fonctionnelle absolue ou pas de restriction d'activité ou pas de reconnaissance d'un handicap. A partir de 60 ans, 7 personnes ayant une limitation fonctionnelle, une restriction d'activité ou une reconnaissance d'un handicap sur 10 perçoivent leur santé bucco-dentaire moyenne, mauvaise ou très mauvaise. En considérant l'état des dents déclaré par les enquêtés, les personnes ayant un handicap déclarent plus souvent que les autres avoir perdu une partie de leurs dents ou presque toutes leurs dents. Par exemple chez les adultes de moins de 60 ans, 44% de ceux ayant une restriction d'activité sont dans ce cas contre 17% de ceux n'ayant pas de restriction d'activité.

- **Les employés, ouvriers et inactifs ayant au moins l'un des critères de handicap ont une moins bonne perception de leur santé bucco-dentaire**

Les employés, ouvriers et inactifs (percevant ou non des prestations invalidité) ont un risque plus élevé de percevoir leur santé bucco-dentaire comme moyenne, mauvaise ou très mauvaise que les cadres. Cela est observé chez les personnes ayant une limitation fonctionnelle ou une reconnaissance d'un handicap / perte d'autonomie. Les différences sont moindres chez les personnes ayant une restriction d'activité.

Les personnes moins diplômées sont aussi plus à risque de déclarer une moins bonne santé bucco-dentaire, avec quelques variations selon le critère handicap retenu. Chez les personnes ayant une limitation fonctionnelle, toutes celles ayant un niveau de diplôme ou d'étude inférieur au bac ont un risque plus élevé, chez celles ayant une reconnaissance d'un handicap / perte d'autonomie, ce sont celles ayant un niveau inférieur ou égal au collège, et chez celles ayant une

restriction d'activité, ce sont celles ayant un niveau inférieur ou égal au primaire (à la limite de la significativité pour les personnes sans diplôme ou non scolarisées).

- **Une santé bucco-dentaire perçue comme moins bonne par les Franciliens handicapés**

Parmi les personnes ayant une limitation fonctionnelle absolue ou une restriction d'activité, celles résidant en Île-de-France ont une probabilité plus élevée que leurs homologues du reste de la France à percevoir leur état de santé bucco-dentaire comme moyen, mauvais ou très mauvais, à âge, sexe, PCS comparables.

- **Des vaccinations moins souvent à jour et plus souvent méconnues chez les personnes handicapées**

Les personnes ayant au moins l'un des critères de handicap sont plus nombreuses à ne pas savoir si elles sont à jour de leurs vaccinations, quel que soit l'âge ou le critère de handicap : c'est le cas de 12% des 20-59 ans ayant une limitation fonctionnelle contre 4% de ceux n'en ayant pas.

Les personnes ayant une limitation fonctionnelle absolue ou une restriction d'activité sont plus nombreuses à ne pas être à jour dans leurs vaccinations. Parmi les personnes ayant une restriction d'activité, 30% des 20-59 ans disent ne pas être à jour dans leurs vaccinations (21% de ceux n'en ayant pas) et 47% des 60 ans ou plus (contre 35% de ceux n'en ayant pas). Être à jour dans ses vaccins ne semble pas varier selon la PCS ou le niveau de diplôme ou d'étude. Par contre, la probabilité de ne pas être à jour de ses vaccins est plus élevée en Île-de-France, toutes choses égales par ailleurs.

- **Un recours au généraliste et au spécialiste plus important mais une moindre fréquentation du gynécologue pour les femmes handicapées**

Le recours au généraliste au cours des 12 derniers mois est globalement élevé et l'est encore plus chez les personnes handicapées : 98% des personnes de 20 ans ou plus ayant une restriction d'activité (contre 85% de celles n'en ayant pas), 93% de celles ayant une limitation fonctionnelle absolue (85% de celles n'en ayant pas).

Le recours au spécialiste est également élevé chez les personnes handicapées, quel que soit le critère, avec des écarts encore plus élevés que ceux observés pour le recours au généraliste. Ainsi, 8 personnes sur 10 parmi celles ayant une restriction d'activité ou une reconnaissance d'un handicap/perte d'autonomie ont déclaré avoir consulté un spécialiste contre 6 personnes sur 10 parmi celles n'ayant pas de restriction d'activité ou de reconnaissance d'un handicap.

Mais certains spécialistes sont nettement moins consultés comme le gynécologue pour les femmes. Parmi les femmes de moins de 60 ans, seulement 35% de celles ayant une restriction ont déclaré avoir consulté un gynécologue au cours des douze derniers mois (7 sur 10 parmi celles n'ayant pas de restriction d'activité), 51% de celles ayant une reconnaissance d'un handicap et 58% de celles ayant une limitation fonctionnelle absolue (7 sur 10 pour celles

n'ayant pas de reconnaissance d'un handicap ou de limitation fonctionnelle absolue). Les écarts sont aussi très marqués chez les femmes de 60 ans ou plus, qui ne sont que 15% à l'avoir consulté lorsqu'elles ont l'un des critères de handicap contre environ 4 sur 10 chez les autres.

- **Un recours au spécialiste moins fréquent chez les personnes handicapées de PCS moins élevées ou de diplôme/niveau d'études inférieur au bac**

Parmi les personnes ayant une limitation fonctionnelle absolue ou une restriction d'activité, le recours au spécialiste est moindre pour les catégories employés, ouvriers, agriculteurs et inactifs. Ce constat n'est cependant pas spécifique des personnes handicapées. Celles-ci, quel que soit le critère de handicap, ont aussi une probabilité moins élevée d'avoir eu recours à un spécialiste au cours des douze derniers mois lorsqu'elles ont un diplôme inférieur ou niveau d'études inférieur au baccalauréat.

- **Les personnes handicapées ont plus souvent déclaré avoir renoncé à des soins, en Île-de-France comme dans le reste de la France**

Quel que soit l'âge, les personnes ayant au moins l'un des trois critères de handicap ont plus souvent déclaré avoir renoncé à des soins au cours des douze derniers mois. Elles sont plus de 3 sur 10 à déclarer avoir renoncé à des soins parmi les 20-59 ans (33% pour celles ayant une restriction d'activité) contre 15% de celles n'ayant pas de limitation fonctionnelle, ou restriction d'activité ou reconnaissance d'un handicap. Les proportions sont un peu plus faibles chez les 60 ans ou plus, mais toujours plus élevées parmi celles ayant un handicap. Par exemple, 23% des 60 ans ou plus ayant une restriction d'activité (12% de ceux n'en ayant pas) ont renoncé à des soins.

Si les personnes handicapées sont plus nombreuses à avoir renoncé à des soins, elles y ont aussi renoncé plus souvent. Elles sont environ 7 sur 10 (pour les 20-59 ans) à déclarer y avoir renoncé plusieurs fois au cours des douze derniers mois (parmi celles ayant renoncé à des soins) contre environ 5 sur 10 de celles n'ayant pas l'un des critères de handicap.

- **Un renoncement aux soins plus fréquent en Île-de-France chez les personnes ayant un handicap**

A âge, sexe, PCS comparables, la probabilité d'avoir renoncé à des soins au cours des douze derniers mois chez les personnes handicapées est plus élevée en Île-de-France que dans le reste de la France, et cela que ce soit chez les personnes ayant une limitation fonctionnelle absolue, une restriction d'activité ou une reconnaissance d'un handicap/perte d'autonomie.

- **Les raisons financières, principale cause de renoncement aux soins, en Île-de-France comme dans le reste de la France**

La raison financière est la principale cause de renoncement aux soins et concerne entre 6 et 7 personnes sur 10, proportions comparables entre celles ayant un handicap et les autres. D'autres

raisons que celles proposées dans le questionnaire, concernant près de 2 personnes handicapées sur 10, ne peuvent toutefois être connues plus précisément. Les problèmes d'accessibilité (éloignement trop grand, manque de moyens de transports, accès trop compliqué) sont plus souvent cités par les personnes handicapées mais dans des proportions moindres, 6% au maximum.

Les proportions citées ci-dessus sont comparables entre l'Île-de-France et le reste de la France, que ce soit chez les personnes ayant une limitation fonctionnelle absolue, une restriction d'activité ou une reconnaissance d'un handicap ou d'une perte d'autonomie.

- **Le renoncement aux soins concerne surtout les soins dentaires ou d'orthodontie**

Pour 6 à 7 personnes sur 10 de 20 ans ou plus, que ce soit chez les personnes handicapées ou les autres, le dernier renoncement aux soins concernait des soins dentaires ou d'orthodontie : cela concerne 7 personnes sur 10 ayant une limitation fonctionnelle absolue ou une restriction d'activité et 6 personnes sur 10 parmi celles ayant une reconnaissance administrative d'un handicap ou d'une perte d'autonomie.

Le deuxième renoncement le plus fréquent, mais arrivant toutefois assez loin derrière, est le recours à un médecin spécialiste (un peu plus de 2 personnes sur 10), que ce soit chez les personnes ayant un handicap (quel que soit le critère retenu) ou chez celles n'en ayant pas.

- **Parmi les personnes handicapées, un renoncement aux soins plus fréquent parmi les inactifs, les employés et ouvriers et lorsque les revenus sont moins élevés**

Le renoncement aux soins est plus fréquent chez les personnes ayant un handicap vivant dans un ménage où le chef de ménage est inactif (quel que soit le critère de handicap) ou employé ou ouvrier (uniquement chez les personnes ayant une limitation fonctionnelle absolue). Même si revenus et PCS ne sont pas complètement superposables, ce sont aussi dans les ménages où les revenus sont moins élevés que la probabilité d'avoir renoncé à des soins est plus élevée.

- **D'autres facteurs sont associés au renoncement aux soins : les discriminations subies, l'absence de couverture complémentaire**

A âge, sexe, zone géographique de résidence comparables, les personnes ayant déclaré avoir subi des discriminations pour raison de santé ont plus souvent déclaré avoir renoncé à des soins que les autres : le risque est multiplié par 1,7 parmi celles ayant une reconnaissance administrative, par 1,5 parmi celles ayant une restriction d'activité et par 1,4 parmi celles ayant une limitation fonctionnelle absolue.

La probabilité d'avoir renoncé à des soins est également plus importante chez les personnes n'ayant pas de couverture complémentaire ou pas de prise en charge à 100% par la sécurité sociale de tous les soins médicaux, à âge, sexe, PCS et zone de résidence comparable.

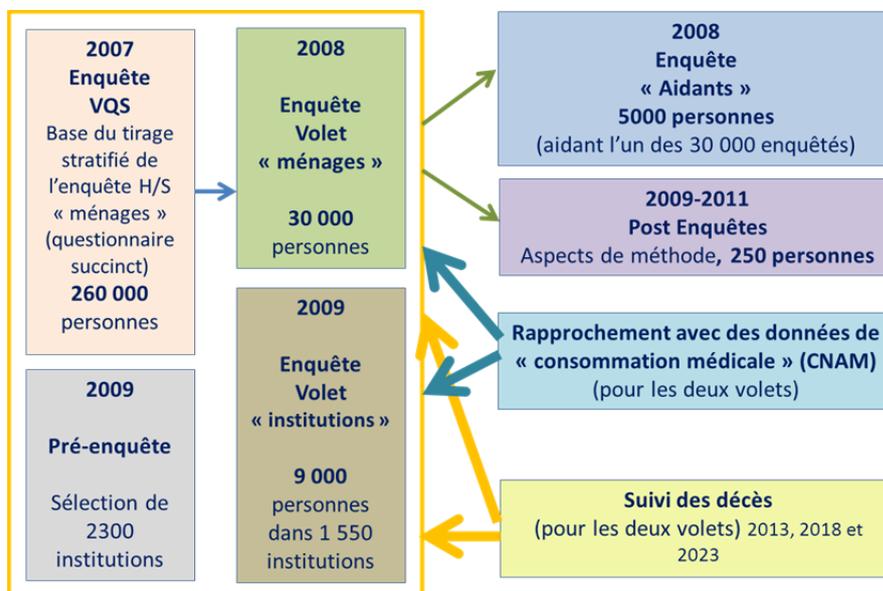
Matériel et méthode

L'enquête Handicap-Santé

Par rapport à HID, l'enquête Handicap-Santé (HS) s'inscrit dans un nouveau contexte pour les personnes handicapées, avec notamment la loi du 11 Février 2005. Un des objectifs de cette enquête est d'apporter des informations pouvant contribuer à l'évaluation des nouveaux dispositifs (création de l'APA en 2002 se substituant à la PSD, PCH créée par la loi du 11 février 2005). A terme, cette enquête devrait s'intégrer dans un dispositif d'enquêtes quinquennales sur la santé avec en alternance une enquête Handicap-Santé tous les 10 ans et une enquête Santé tous les 10 ans, cette dernière sur le modèle de l'enquête décennale sur la santé et les soins médicaux réalisée en 2003. La prochaine est ainsi programmée pour 2014. Par ailleurs, la classification du handicap a évolué entre HID et Handicap-Santé avec la mise en place de la CIF en 2001. L'Insee a assuré la co-maîtrise d'ouvrage du projet avec la Drees. Le groupe de conception a associé statisticiens, chercheurs, médecins épidémiologistes, psychiatres issus d'organismes tels que l'Ined, l'Inserm, la Cnav, l'ex-CTNERHI¹¹, l'Irdes, la Drees, la CNSA. Les représentants des associations de personnes en situation de handicap ont également apporté leur contribution (APF, Unafam, Unapei, etc.). Le financement de Handicap-Santé a été assuré d'abord par l'Insee puis la Drees, avec des participations de la CNSA, des Cnam, Cnav et Cnaf, de l'Agefiph, la FNMF et l'InVS. Comme pour HID, il y a eu une enquête auprès des personnes vivant en ménage ordinaire et une auprès des personnes vivant en institution.

L'enquête Handicap-Santé comprend différentes phases et différents volets (fig.1).

Figure 1 : Schéma de construction de l'enquête



Source : Insee

¹¹ Depuis le 1er janvier 2011, les activités du CTNERHI ont été reprises par la Maison des Sciences sociales et du handicap (MSSH) au sein de l'École des hautes études en santé publique (EHESP).

L'enquête Vie quotidienne et santé (VQS)

A partir d'un questionnaire court, l'enquête VQS a servi de filtre pour constituer la base de sondage de l'enquête Handicap-Santé Ménages (HSM), afin de disposer d'un effectif suffisant de personnes concernées par le handicap et la dépendance. Les données ont été recueillies par un questionnaire envoyé par voie postale, avec si nécessaire une relance, une collecte téléphonique ou en face à face. A partir de l'enquête annuelle de recensement 2006 (sauf pour les ménages des départements d'Outre-mer pour lesquels un protocole particulier est mis en place), près de 260 000 personnes ont été interrogées dans VQS. Un tirage à deux degrés a été effectué dans cette enquête : tirage au sort des zones enquêtées puis tirage au sort des logements dans les zones.

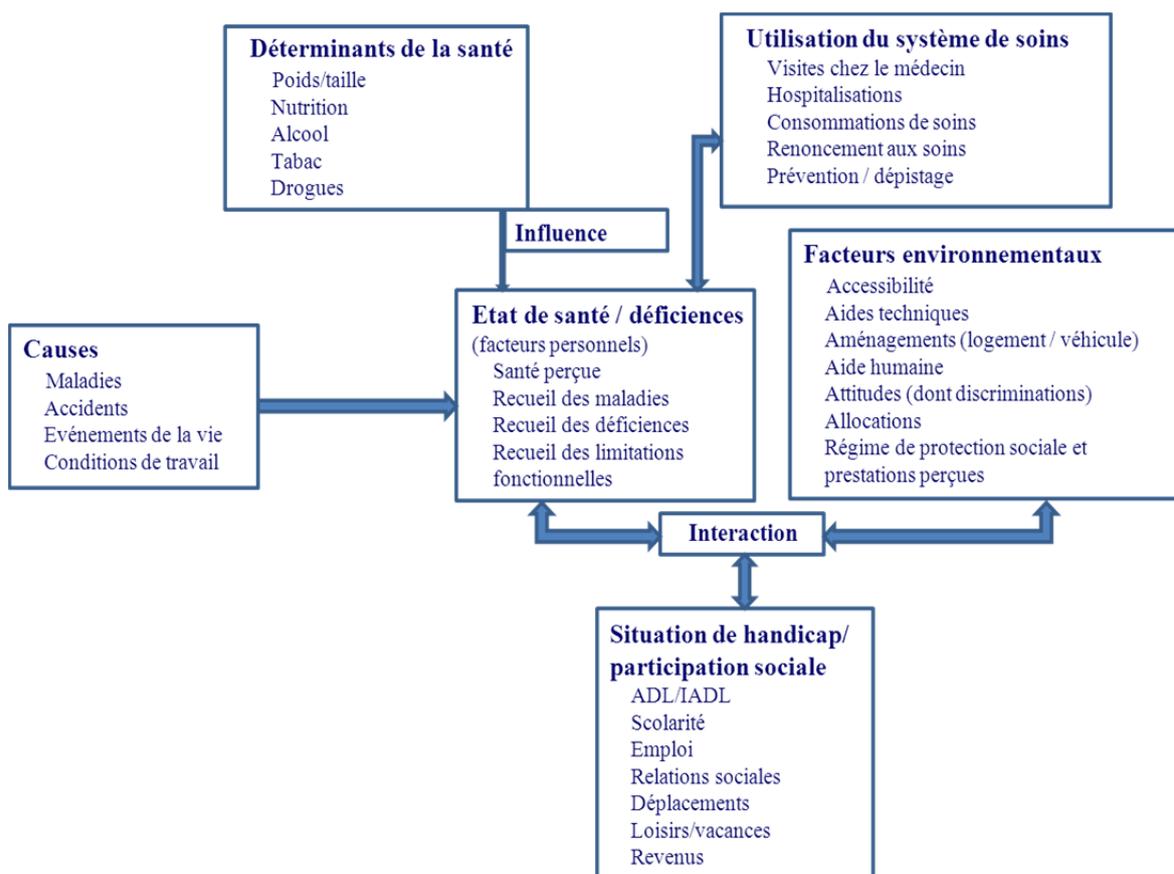
Le volet « ménages » de l'enquête Handicap-Santé (HSM)

Il interroge les personnes vivant dans un logement « ordinaire » et constitue le cœur du dispositif avec le volet « institutions ». Un ménage est dit ordinaire lorsque les personnes ne vivent ni dans une collectivité (foyers de travailleurs, maisons de retraite, résidences universitaires, etc.) ni dans des habitations mobiles. Les personnes vivant dans un même ménage ne sont pas nécessairement unies par des liens de parenté (cohabitants par exemple).

Le handicap est appréhendé suivant les nouvelles classifications, à savoir qu'il résulte de l'interaction entre l'état de santé fonctionnel de la personne et les facteurs environnementaux, ce qui crée des limitations d'activité ou des restrictions de participation sociale.

Le questionnaire de l'enquête aborde différentes thématiques (fig.2) allant de l'état de santé de la personne et des déficiences (maladies, déficiences) à la participation sociale (scolarité, emploi, relations sociales, déplacements, loisirs), en regardant les facteurs environnementaux (discriminations, accessibilité, aides techniques, humaines, aménagements du logement, etc.), en abordant aussi le recours aux soins et les déterminants de santé (auto-questionnaire).

L'échantillon complet de l'enquête HSM comprend 29 931 répondants, avec un taux de réponse de 76,6%. La collecte des données pour le volet « ménages » a été effectuée entre le 31 mars et le 19 juillet 2008.

Figure 2 : Schéma synthétique des thématiques de l'enquête

Source : Insee

Plan de sondage

A partir des informations collectées, une classification en quatre groupes a été effectuée : le premier groupe VQS 1 est constitué de personnes sans situation de handicap présumée, le deuxième groupe, VQS 2, constitué de personnes en situation de handicap présumée légère, le troisième, VQS 3, une situation de handicap présumée moyenne et le quatrième, VQS 4, une situation de handicap présumée forte ou sévère. Ces groupes constituent les strates de la base de sondage de l'enquête HSM : un processus de tirage au sort sélectionne les futurs enquêtés, soit toutes les personnes du groupe 4 et des proportions d'autant moindres dans les autres groupes que la situation présumée de handicap est présumée moins sévère.

Le tirage de l'échantillon est complexe. La pondération initiale de l'échantillon Handicap-Santé volet ménages est le poids de tirage de l'échantillon Handicap-Santé parmi les répondants de l'enquête filtre VQS multiplié par la pondération redressée de la non-réponse pour l'enquête filtre. La probabilité de tirage au sort est différente selon le groupe VQS de l'individu et aussi selon le département de résidence, sachant que certains départements ont fait l'objet de sur-échantillons (Nord, Pas-de-Calais, Rhône, Hauts-de-Seine, Guadeloupe, Martinique). Au final neuf zones géographiques (les quatre extensions départementales, la Guyane, la Réunion et une

zone « autres départements ») et quatre groupes VQS conduisent à 36 strates, portées à 45 en raison de contraintes techniques (Bouvier G. , 2011).

Un travail de recherche d'une décomposition pertinente de l'échantillon en sous-échantillons a été fait et celui qui a été retenu est une combinaison entre un découpage par Zeat ¹² et départements à extension, soit 14 zones qui sont les suivantes : Guadeloupe, Martinique, Réunion-Guyane, Nord, Pas-de-Calais, Hauts-de-Seine, Rhône, Bassin parisien (Bourgogne, Centre, Champagne-Ardenne, Basse et Haute-Normandie, Picardie), Est (Alsace, Franche-Comté, Lorraine), Ouest (Bretagne, Pays de la Loire, Poitou-Charentes), Sud-Ouest (Aquitaine, Limousin, Midi-Pyrénées), Bassin méditerranéen (Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Corse), Île-de-France sans le département des Hauts-de-Seine, Rhône-Alpes Auvergne sans le département du Rhône. Pour chaque zone géographique, un calage sur les variables démographiques sexe et âge (par tranches de 10 ans), issues des données de population en ménage au 1^{er} janvier 2007 pour les départements et au 1^{er} janvier 2008 pour les régions, a été réalisé par la méthode de raking ratio. Pour parvenir à une pondération finale, un calage sur marges a été réalisé.

¹² Zones économiques d'aménagement du territoire, découpage administratif créé en 1967 par l'Insee en relation avec le Commissariat général au plan et la Datar (Délégation à l'aménagement du territoire et à l'action régionale).

Faisabilité d'une exploitation francilienne de l'enquête Handicap-Santé Ménages (HSM)

L'exploitation francilienne présentée ici ne portera que sur l'enquête ménages (HSM). Pour l'ensemble des individus de l'échantillon ménages, 4 187 personnes résident en Île-de-France, soit 18,3% de l'échantillon total (pourcentage pondéré). Cette proportion est comparable au poids de l'Île-de-France dans l'ensemble de la France, qui était de 18,2% d'après le recensement de 2008 (populations légales : 11 659 260 habitants en Île-de-France pour un total de 63 961 859 habitants pour la France métropolitaine et les DOM¹³). Pour ce qui est de la population étudiée dans ce document, l'échantillon francilien comporte 3 382 personnes de 20 ans ou plus, sur un total de 24 375 personnes de 20 ans ou plus interrogées pour la France entière, soit 18% de l'échantillon (tab.1). Aucune extension régionale n'a été prévue lors de la conception de l'enquête, toutefois la taille de l'échantillon francilien peut permettre un certain nombre d'analyses, jusqu'à un certain niveau cependant. Le tirage de l'échantillon et le calcul des poids n'a pas été réalisé pour pouvoir faire des analyses infra-nationales, à l'exception des sur-échantillons départementaux, notamment le département des Hauts-de-Seine (Charrier & Saladino, 2011; Charrier & Saladino, 2010; Charrier & Saladino, 2011). Cependant, la région Île-de-France est une Zeat à part entière et le calage en 14 zones peut permettre une exploitation pour l'ensemble de cette région, les pondérations réaffectant un poids aux départements des sur-échantillons afin de leur redonner leur poids démographique. La structure de l'échantillon francilien selon les variables âge (classes d'âge décennales), sexe et PCS a été comparée aux résultats du recensement de 2009 et montre une très bonne cohérence.

Analyse statistique

L'enquête HSM utilise un plan de sondage particulièrement complexe et spécifique, qui ne peut pas être pris en compte de manière simple avec des procédures d'analyses de données de sondage classiques implémentées dans les logiciels d'analyse statistique. Ainsi, si les estimations des quantités d'intérêt de l'étude (pourcentages, moyennes...) peuvent être estimées sans biais grâce aux poids de sondage, il est plus difficile de calculer la variabilité de ces estimations. Pour ce faire, l'Insee a élaboré un programme qui tient compte du plan de sondage complexe de l'étude pour estimer la variance des indicateurs. Ce programme est cependant lourd à utiliser et demande un temps de calcul non négligeable. Nous avons aussi regardé si un plan de sondage plus simple (plan de sondage stratifié avec correction de population finie – dénommé « procédure svy » par la suite) permettait de rendre compte de manière satisfaisante de la variabilité d'échantillonnage. Pour ce faire, nous avons comparé les estimations de variances réalisées à l'aide du programme de l'Insee à celles de la procédure svy plusieurs variables d'intérêt, notamment celles définissant des situations de handicap. Sur la figure 3 sont représentées les estimations des intervalles de confiance à 95% de trois variables

¹³ Décret n°2011_343 du 28 mars 2011 modifiant le Décret n°2010_1723 du 30 décembre 2010.

d'intérêt pour l'Île-de-France, pour la zone « hors Île-de-France » et pour différentes catégories d'âge : 20-59 ans, 60 ans ou plus, 20 ans ou plus, calculées avec le programme Insee et la procédure svy. Les différences dans les variabilités d'échantillonnage estimées par les deux méthodes sont extrêmement faibles, ce qui nous conforte dans notre approche simplificatrice de la prise en compte du plan de sondage. Il n'est pas à exclure cependant que pour d'autres variables, ou certains croisements, notre approximation soit incorrecte, et que l'on sous ou surestime la variabilité des paramètres estimés.

Les analyses sont réalisées avec le logiciel Stata10®. Le plan de sondage est pris en compte en utilisant des procédures svy. Le traitement statistique comprend des analyses uni et bi-variées permettant d'étudier l'association marginale entre deux facteurs. Dans ces tableaux, les pourcentages présentés tiennent compte des pondérations et les tests statistiques des estimations de variance du plan de sondage. Les effectifs bruts sont également rapportés pour connaître le nombre d'observations sur lesquelles sont basées les estimations. Afin de prendre en compte l'influence de variables tierces sur ces associations marginales (facteurs de confusion), des analyses multivariées sont également réalisées, en particulier des régressions logistiques. Ces modèles permettent d'étudier le lien entre une variable à expliquer (par exemple le fait d'avoir au moins une restriction d'activité) et une variable explicative (par exemple les catégories socio-professionnelles) en contrôlant par d'autres facteurs dont on sait qu'ils sont associés avec la variable à expliquer (par exemple l'âge).

S'il aurait été intéressant de réaliser tous les modèles par sexes séparés ou par catégories d'âge séparées (les moins de 60 ans vs les plus de 60 ans), les effectifs ont constitué une limite à ces analyses, en particulier lorsqu'ils sont réalisés sur les sous-populations de personnes présentant un handicap. Aussi, à l'exception des premiers modèles multivariés étudiant le risque d'avoir au moins une limitation fonctionnelle absolue ou une restriction d'activité ou une reconnaissance d'un handicap, qui distinguent les moins de 60 ans et les 60 ans ou plus, les autres portent sur l'ensemble des personnes de 20 ans ou plus, intégrant les variables âge, sexe, région de résidence (Île-de-France vs reste de la France), Professions et catégorie socio-professionnelle (PCS) ou niveau de diplôme/d'étude ou encore revenu. L'âge a été intégré dans les modèles en linéaire, compte-tenu de la grande variabilité des prévalences des handicaps selon l'âge et distingué en deux catégories (moins de 60 ans / plus de 60 ans), un décrochage ayant été observé à partir de 60 ans pour de nombreuses variables.

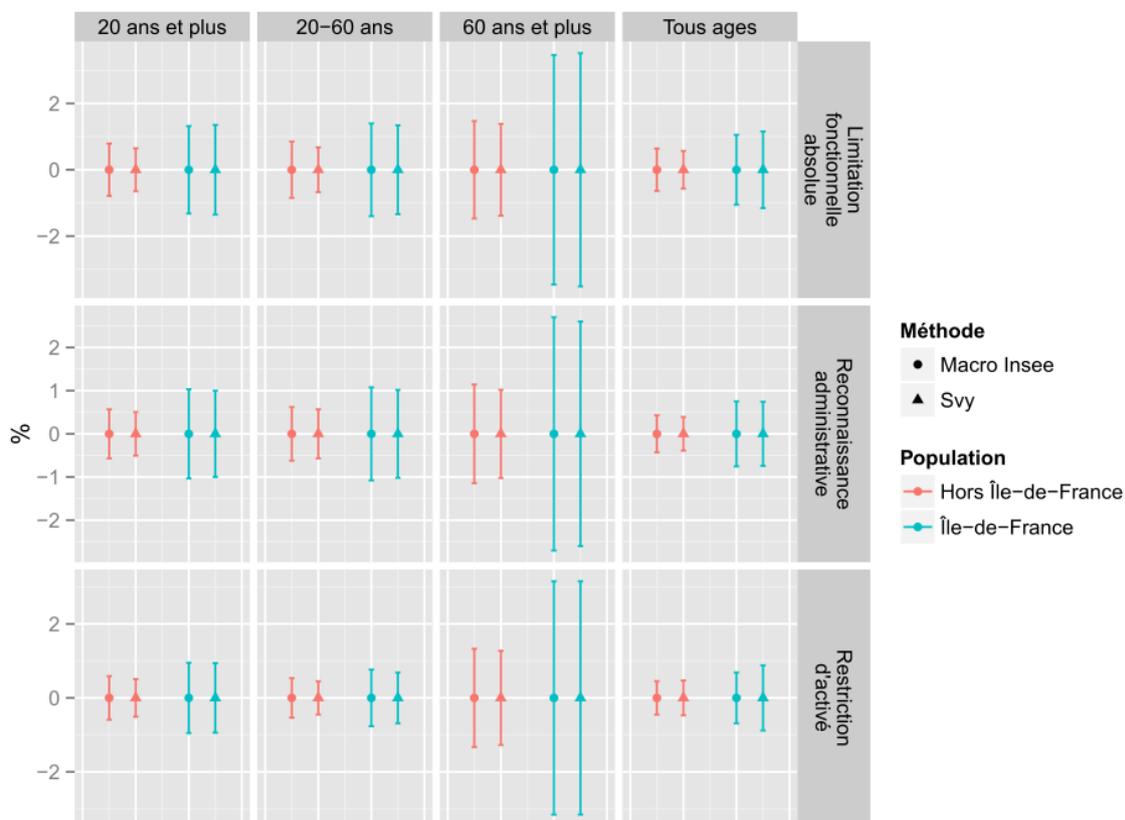
Les pourcentages présentés sont pondérés et redressés, les effectifs sont bruts.

Tableau 1 : Echantillons Île-de-France, hors Île-de-France, France - personnes de 20 ans ou plus (%)

	Île-de-France	Hors Île-de-France	France
Sexe			
Hommes	47,3	47,5	47,5
Femmes	52,7	52,5	52,5
Classes d'âge			
20-29 ans	20,1 (298)	16,1 (1 719)	16,8 (2 017)
30-39 ans	20,7 (396)	17,5 (2 468)	18,1 (2 864)
40-49 ans	19,4 (562)	18,9 (3 578)	19,0 (4 140)
50-59 ans	17,3 (728)	18,1 (4 662)	18,0 (5 390)
60-69 ans	10,8 (539)	12,9 (2 935)	12,5 (3 474)
70-79 ans	7,4 (487)	10,5 (3 275)	9,9 (3 762)
80 ans ou +	4,3 (372)	6,1 (2 356)	5,8 (2 728)
Etat matrimonial			
Célibataire	35,2	30,6	31,5
Marié, remarié	52,7	53,7	53,5
Veuf	5,0	8,6	8,0
Divorcé	7,1	7,1	7,1
Vie en couple			
Oui, cohabitant	63,9	67,0	66,5
Oui, non cohabitant	1,2	1,3	1,3
Non	35,0	31,7	32,3
Diplôme le plus élevé			
2 ^e , 3 ^e cycle, gde école	26,1	11,8	14,4
Bac +2	13,1	10,1	10,7
Bac général, techn.	16,7	14,9	15,2
CAP, BEP, Brevet techn	17,4	25,9	24,3
BEPC, brevet collègues	6,2	6,5	6,4
CEP	7,1	12,5	11,5
Sans diplôme	13,3	18,3	17,4
PCS (réaffectation des retraités dans leur CSP)			
Non renseigné	0,3	0,1	0,2
Agriculteurs	0,2	4,3	3,5
Artisans, comm, chef entreprise	4,4	6,0	5,7
Cadres, prof intel sup	23,0	10,5	12,8
Prof intermédiaires	21,7	18,6	19,2
Employés	26,0	25,9	25,9
Ouvriers	12,8	22,6	20,8
Elèves, étudiants	5,4	3,3	3,7
Sans activité	6,2	8,7	8,3
Nationalité			
Français de naissance	79,2	92,4	90,0
Français par acquisition	8,4	3,6	4,5
Etranger, apatride	12,4	3,9	5,5
Effectifs totaux	3381	20 992	24 373

En gras : différences IdF / HIdF statistiquement significatives

Figure 3 : Intervalles de confiance à 95% estimés avec la procédure svy sous stata 10.0® et le programme Insee. Les pourcentages estimés sont centrés sur 0, afin d’avoir une meilleure lisibilité de l’étendue des intervalles de confiance.



Les résultats montrent très peu de variations et permettent une justification empirique de l'utilisation de la procédure svy.

Pour simplifier la lecture, l'abréviation LF désigne les limitations fonctionnelles absolues / graves, RA la restriction d'activité, RHP la reconnaissance d'un handicap incluant la reconnaissance d'une perte d'autonomie pour les personnes de 60 ans ou plus.

Eléments de méthode

Des exploitations de l'enquête HID avaient montré qu'il n'y avait pas une définition unique du handicap mais une mosaïque de situations, selon les critères pris en compte (Mormiche P. , 2000) et qu'il n'y avait ainsi pas une réponse unique à la question « Combien y-a-t-il de personnes handicapées en France ? ». Elles avaient aussi montré que si les prévalences des différents critères de handicap, déficiences, incapacités, limitations, invalidité reconnue étaient décroissantes et seraient dans une logique « d'emboîtement » (par exemple les personnes ayant une limitation seraient un sous-groupe de celles ayant une incapacité), ces différentes catégorisations se recoupaient sans se superposer et qu'une approche complète du handicap supposait de prendre en compte les différentes combinaisons possibles (Ville, Ravaud, & Letourmy, 2003).

Dans notre étude, l'approche du handicap sera faite par les critères des limitations fonctionnelles, qui révèlent ce que les personnes peuvent accomplir ou ne peuvent pas accomplir, leur état fonctionnel, indépendamment de leur environnement ; l'étude abordera également les restrictions d'activité, qui révèlent les activités qui ne peuvent être réalisées par la personne, et se situent entre la dimension fonctionnelle et la dimension sociale. La reconnaissance administrative est une approche qui sera également étudiée, parce que révélatrice des normes de la société sur ce qui est considéré comme handicap ou pas, et qui dépend des politiques mises en place à un moment donné. Ne seront pas prises en compte ici les déficiences, qui ne permettent pas de connaître l'impact en termes de capacité de la personne à réaliser les actes de la vie quotidienne, et qui s'était révélée être une catégorie très large dans l'enquête HID, où elle concernait 42% des personnes de 16 ans ou plus vivant à domicile (Ville, Ravaud, & Letourmy, 2003).

Les personnes ayant une limitation fonctionnelle ou une restriction d'activité ou encore une reconnaissance d'un handicap seront désignées par l'expression « personnes handicapées » ou « personnes ayant un handicap ». Ces appellations sont loin d'être parfaites : la présence d'une limitation fonctionnelle peut être compensée et ne pas entraîner de situation de handicap, de même que celle d'une restriction d'activité selon la sévérité de la restriction ; le handicap n'est pas nécessairement définitif comme peut le laisser entendre ces expressions ; le handicap est à considérer dans un environnement donné et pas uniquement par des caractéristiques individuelles. Les désignations et définitions du handicap font toujours l'objet de débats (Ravaud J.-F. , 2009) et si le terme « situation de handicap » est préféré (Piveteau, 2010), depuis la loi de 2005, pour bien prendre en compte l'environnement, ce terme n'est pas tout à fait adéquat ici pour désigner les personnes ayant une limitation fonctionnelle, ou pour certaines de celles ayant une restriction d'activité. Dans notre étude, les situations de handicap seront appréhendées par le fait de ne pas pouvoir accéder à des situations de vie, telles que l'emploi, les transports, etc.

Mesurer les inégalités sociales par un indicateur offre une vision très partielle d'un phénomène qui est multidimensionnel et variable dans le temps. La caractérisation de la structuration sociale

par les catégories socio-professionnelles, nomenclature mise en place en 1954, révisée en 1982 puis en 2003 (PCS) et utilisée couramment dans les études, correspond à la fois à une logique de représentation statistique, de représentation politique (de certaines branches ou professions) et de représentation cognitive permettant aux individus de se situer dans un espace social (Desrosières & Thévenot, 2002). De plus cette nomenclature, bien que révisée en 2003, ne tient pas compte de certaines mutations récentes du marché du travail, notamment l'augmentation de la fréquence des périodes de chômage ou la précarisation de l'emploi (Bosc, 2011). Si cet outil de mesure des inégalités économiques ou sociales est perfectible, il permet toutefois de mettre en évidence de nombreuses différences, notamment dans le domaine de la santé.

L'étude des inégalités sociales à travers la variable PCS présente la limite de recourir à une variable fortement liée à l'insertion et l'évolution professionnelle. Or dans le cas précis des personnes handicapées, si le handicap est survenu tôt dans le parcours de vie, l'insertion professionnelle peut s'en trouver fortement limitée, que ce soit avec une impossibilité de travailler ou l'accès à un emploi de catégorie socio-professionnelle peu élevé. Aussi semble-t-il pertinent de combiner cette approche avec d'autres approches.

Un premier élément est de conserver cette approche par PCS mais de distinguer, parmi les personnes inactives, celles qui touchent des prestations invalidité de celles qui n'en touchent pas, afin de différencier les personnes inactives pour raison de santé des personnes inactives pour une autre raison. Les prestations pour invalidité peuvent être l'AAH (allocation adulte handicapé), une pension d'invalidité, pension d'incapacité au travail, une majoration pour tierce personne versées par l'Assurance maladie, une rente d'incapacité liée à un accident du travail versée par l'Assurance maladie, une rente versée par une assurance ou une mutuelle ou encore une pension militaire d'invalidité. Cette approche est bien sûr imparfaite, car certains inactifs peuvent l'être pour raison de santé sans pour autant percevoir de prestations.

Un deuxième élément est de prendre en compte, lorsque cela peut s'avérer pertinent, la PCS du ménage (c'est-à-dire la PCS la plus élevée entre celle de la personne de référence et celle de la personne enquêtée) plutôt que celle de la personne enquêtée.

Un troisième élément est d'utiliser, en complément, d'autres variables pouvant caractériser le milieu social, tel que le niveau de diplôme ou le niveau d'études ou encore le niveau de revenu.

La population étudiée sera les adultes de 20 ans ou plus, et en particulier seront distingués les personnes de moins de 60 ans et celles de 60 ans ou plus. L'âge de 60 ans correspond à une limite administrative où les prestations handicap passent à des prestations vieillesse. C'est aussi l'âge des premiers départs à la retraite. Le souhait de distinguer population jeune et population âgée a dû être conjugué aux contraintes techniques de taille de l'échantillon, particulièrement sur les exploitations franciliennes, nécessitant de pouvoir disposer d'un effectif suffisant dans chaque catégorie. Ce choix n'indique cependant pas que la population de 20-59 ans soit homogène, en terme de prévalence des handicaps et encore plus celle de 60 ans ou plus, une exploitation de l'enquête HID par exemple montrant que la dépendance arrive bien au-delà de 60 ans (Bontout, Colin, & Kerjosse, 2002).

Afin de mettre en avant les caractéristiques franciliennes, la région Île-de-France (abréviation IdF) sera comparée à l'ensemble « autres régions de la France entière (y compris les DOM) », hors Île-de-France (HIdF). Ce choix de comparer deux ensembles statistiquement indépendants plutôt qu'une comparaison Île-de-France / France réside, d'une part, dans l'existence de spécificités géographiques, démographiques et sociales de la région francilienne, d'autre part dans l'importance démographique de l'Île-de-France, dont la population représente un cinquième de celle de la France. Si l'entité « autres régions de France » est considérée comme une entité géographique, cela ne signifie pas pour autant qu'elle soit homogène, et il en est de même pour l'Île-de-France qui présente de fortes disparités infra-régionales.

Certaines limites de l'étude

L'analyse a été réalisée en ménages ordinaires donc exclut les personnes en institution. La question de l'institutionnalisation des personnes handicapées a fait l'objet d'études, notamment à partir de l'enquête HID (Mormiche & Boissonnat, 2003) et a montré que la réponse à la déficience variait selon la catégorie socio-professionnelle, les catégories « ouvriers-employés » étant celles qui avaient le plus recours à l'institutionnalisation en cas de handicap d'un enfant. L'institutionnalisation est à la fois un indice de gravité du handicap mais pas seulement. Il peut aussi révéler des situations complexes de handicap (polyhandicap notamment). Pour ce qui est des personnes âgées, les déterminants de l'institutionnalisation sont la perte d'autonomie, et particulièrement lorsque des troubles mentaux sont présents, mais aussi des facteurs sociaux, tels que le veuvage ou l'absence d'enfants à proximité en cas de veuvage, la présence de parents éloignés jouant peu (Billaud & Gramain, 2006). Les différences sociales jouent également, puisqu'à situation comparable, les personnes issues des milieux moins favorisés ont un risque plus élevé de vivre en institution (Billaud & Gramain, 2006).

L'approche est par questionnaire déclaratif et non pas une approche clinique. Il s'agit de déclarations de limitations fonctionnelles ou restrictions d'activité par la personne et non pas une mesure clinique de ce qu'elle peut réaliser. Lorsque le handicap ne permettait pas à l'enquêté de répondre au questionnaire, un tiers répondait soit avec lui, soit à sa place. L'hypothèse peut être posée que lorsque le questionnaire est complètement réalisé par une autre personne, les réponses peuvent être différentes, même légèrement, de ce qu'aurait déclaré la personne enquêtée.

L'approche est transversale. Les modèles mettant en relation les variables de handicap avec celles d'inégalités sociales ne permettent pas de savoir par exemple si c'est le handicap qui a entraîné une sortie du milieu professionnel ou si c'est le milieu professionnel qui a entraîné ou aggravé un handicap. Toutefois cela serait à approfondir en termes d'histoire de vie afin de mesurer les intrications entre la survenue du handicap et les liens avec l'insertion professionnelle. Un article avait par exemple montré que les personnes de 35-64 ans déclaraient

moins souvent des limitations fonctionnelles lorsque que leur carrière professionnelle était caractérisée, par rapport à leurs parents, par une mobilité intergénérationnelle ascendante et au contraire, déclaraient plus souvent des limitations fonctionnelles lorsque la mobilité intergénérationnelle était descendante (Melchior, Lert, Martin, & Ville, 2006).

Approches du handicap
par les limitations fonctionnelles,
les restrictions d'activité et la
reconnaissance administrative

Tableau 2 : Limitations fonctionnelles chez les personnes de 20-59 ans et de 60 ans ou plus résidant en Île-de-France, sans aide technique ou humaine sauf mention contraire (en %)

	20-59 ans			60 ans et plus		
	Sans LF	Avec* difficultés	LF absolue*	Sans LF	Avec difficultés	LF absolue
Fonctions motrices, physiques						
Marcher 500 m sur un terrain plat sans aide	97,2	2,0	0,8	80,0	12,9	7,1
Monter et descendre un étage d'escalier sans aide	96,3	2,6	1,0	71,4	20,6	8,0
Lever le bras	97,2	2,5	0,3	86,1	12,2	1,7
Se servir de ses mains et de ses doigts	98,0	1,8	0,2	89,8	9,3	0,9
Prendre un objet avec chacune de ses mains	98,9	0,8	0,2	95,0	4,0	1,0
Se baisser ou s'agenouiller	93,5	5,3	1,2	59,0	30,2	10,8
Porter un sac de 5 kg sur une distance de 10 mètres	94,5	3,4	2,1	69,7	16,2	14,1
Contrôler ses selles et ses urines	98,3	1,2	0,5	89,5	9,2	1,3
<i>Au moins une limitation motrice / physique</i>	<i>89,0</i>	<i>8,3</i>	<i>2,7</i>	<i>47,4</i>	<i>33,0</i>	<i>19,5</i>
Fonctions sensorielles						
Voir clairement les caractères d'imprimerie d'un journal. avec lunettes si besoin	95,3	4,2	0,5	87,6	10,5	1,9
Voir clairement le visage de quelqu'un à 4 mètres. avec lunettes si besoin	98,0	1,6	0,4	94,8	4,0	1,2
Entendre ce qui se dit dans une conversation avec plusieurs personnes avec appareil auditif si besoin	95,4	4,4	0,3	70,6	27,5	1,8
<i>Au moins une limitation sensorielle</i>	<i>89,8</i>	<i>9,2</i>	<i>1,0</i>	<i>63,5</i>	<i>32,5</i>	<i>4,0</i>
	Non	Parfois	Souvent	Non	Parfois	Souvent
Fonctions cognitives, psychiques						
Ne plus se souvenir à quel moment de la journée on est	97,2	2,3	0,5	89,6	8,5	1,9
Avoir des trous de mémoire au cours d'une journée	82,3	16,3	1,4	59,3	34,9	5,8
Avoir des difficultés pour se concentrer plus de 10 min	95,1	3,9	1,0	87,6	9,4	2,9
Avoir des difficultés pour résoudre les problèmes de la vie quotidienne	97,0	2,0	1,0	90,9	5,9	3,2
Avoir des difficultés pour apprendre de nouveaux savoirs ou savoir-faire	95,7	3,3	0,9	80,6	12,8	6,6
Avoir des difficultés pour comprendre les autres ou pour se faire comprendre des autres	96,2	2,9	0,9	92,8	4,9	2,3
Se mettre en danger par son comportement	93,9	5,5	0,6	92,3	6,6	1,1
Se voir reprocher d'être trop impulsif(ve) ou agressif(ve)	79,5	18,4	2,2	78,9	18,8	2,3
<i>Au moins une limitation cognitive ou psychique</i>	<i>64,9</i>	<i>30,0</i>	<i>5,0</i>	<i>42,0</i>	<i>45,9</i>	<i>12,1</i>
<i>Effectifs</i>		<i>1971</i>			<i>1397</i>	

*Avec difficultés : Activité réalisable avec quelques ou beaucoup de difficultés

Absolue : Ne pas pouvoir du tout réaliser l'activité seul(e).

Les limitations fonctionnelles

Les *limitations fonctionnelles* correspondent à une diminution ou à la perte de fonctions physiques, sensorielles, métaboliques, psychiques ou cognitives et mesurent les capacités et le degré d'autonomie dans les actes essentiels de la vie quotidienne : avoir des difficultés à marcher, à porter des objets, à voir, etc. Le questionnaire aborde 8 limitations fonctionnelles motrices ou physiques, 3 limitations sensorielles et 8 limitations cognitives ou psychiques (tab.2) et se fait par un questionnement « Pouvez-vous ... », indépendamment des aides techniques ou des aides humaines ou « Avez-vous des difficultés pour... ».

Une limitation fonctionnelle est dite absolue ou grave lorsque les personnes déclarent ne pas pouvoir du tout réaliser l'activité (motrice, physique, sensorielle) ou lorsqu'elles éprouvent souvent des difficultés (cognitives ou psychiques).

Limitations cognitives avant 60 ans, limitations motrices, cognitives et sensorielles au-delà

Avant 60 ans, les limitations absolues sont peu fréquentes (tab.2) mais est repérée l'existence de difficultés légères, qu'elles soient motrices ou physiques, sensorielles, cognitives ou psychiques. Ce sont les limitations cognitives qui sont les plus fréquentes avant 60 ans. A 60 ans ou plus, les limitations motrices touchent plus de la moitié des personnes (en particulier liées aux fonctions des membres inférieurs) et les limitations cognitives près de la moitié d'entre elles (notamment celles touchant la mémoire). Les limitations sensorielles, moins souvent déclarées que les autres, concernent en premier lieu les problèmes d'audition (tab.2).

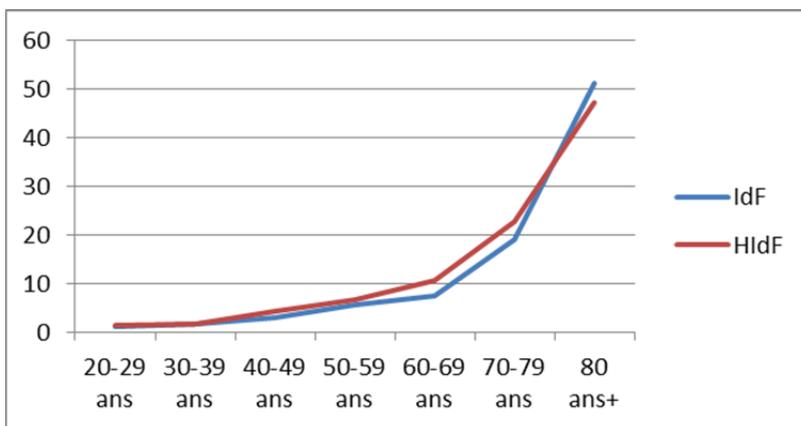
Des limitations fonctionnelles qui augmentent progressivement avec l'âge

Quel que soit le type de limitation fonctionnelle, la proportion de personnes ne déclarant aucune limitation fonctionnelle diminue avec l'âge, passant par exemple pour les limitations motrices/physiques de 97% à 16% entre 20-29 ans et 80 ans ou plus et, corrélativement, celle de personnes déclarant quelques, beaucoup de difficultés ou une limitation fonctionnelle absolue pour accomplir certaines fonctions augmente avec l'âge (annexe 1).

En Île-de-France, quel que soit le type de limitations, les difficultés légères sont en augmentation dès l'âge de 30 ans. Les difficultés plus importantes (beaucoup de difficultés ou limitations absolues) tendent à augmenter de manière plus importante dès l'âge de 45 ans pour les limitations motrices ou physiques ou pour les limitations cognitives (graves) et vers les 55 ans pour les limitations sensorielles (annexe 1).

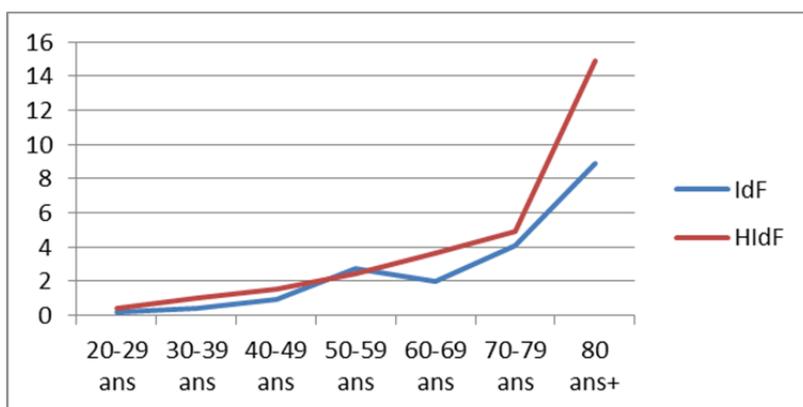
Figure 4: Limitations fonctionnelles absolues/graves selon le type en Île-de-France et hors Île-de-France (sans aide technique ou humaine sauf port de lunettes et appareil auditif), en %

Au moins une limitation motrice/physique absolue



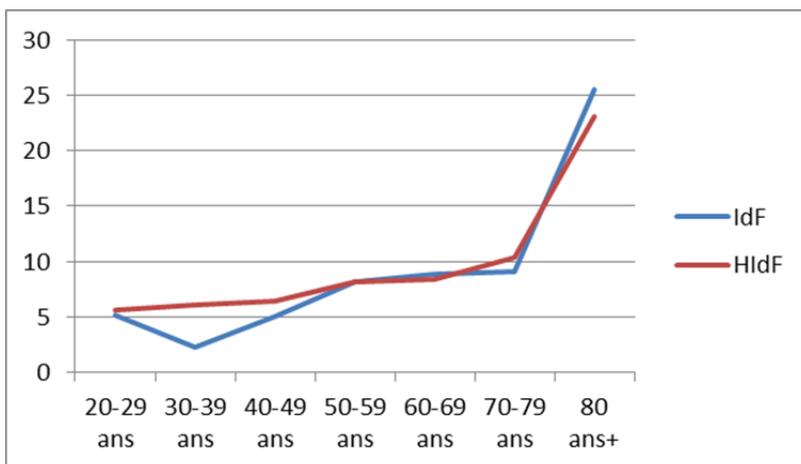
p : NS pour tous les groupes d'âge.

Au moins une limitation sensorielle absolue



p : NS pour les groupes d'âge de 20 ans à 79 ans, S* pour les 80 ans ou plus.

Au moins une limitation cognitive ou psychique grave



p : S*** à 30-39 ans, NS pour les autres groupes d'âge. (NS : non significatif ; S* p<0,05 ; S** p<0,01 ; S*** p<0,001.)

Limitations sensorielles ou cognitives moins fréquentes en Île-de-France à certains âges

Les proportions de personnes de 20 ans ou plus déclarant une limitation motrice ou physique absolue (impossibilité d'accomplir au moins un des actes faisant appel aux fonctions motrices ou physiques citées dans le tableau 2) sont comparables entre l'Île-de-France et le reste de la France pour tous les groupes d'âge (fig.4). Les résultats d'un modèle de régression logistique (annexe 2) montrent que le risque d'avoir une limitation motrice absolue augmente en moyenne de 5% pour chaque année d'âge entre 20 et 59 ans et en moyenne de 10% pour chaque année d'âge à partir de 60 ans. Toutefois, à âge égal, le risque d'avoir une limitation motrice absolue est significativement moins élevé en Île-de-France qu'ailleurs en France (OR= 0,84 [0,72 – 0,99]).

Pour les limitations sensorielles absolues, les proportions ne diffèrent pas entre l'Île-de-France et le reste de la France (incluant les DOM) pour les groupes d'âge de 20 ans à 79 ans. Chez les personnes de 80 ans ou plus, la proportion observée en Île-de-France est significativement inférieure à celle observée hors Île-de-France, respectivement 8,9% et 14,9% (fig.4). Le modèle de régression logistique (annexe 2) montre qu'à âge égal, les Franciliens ont un risque moins élevé que leurs homologues résidant hors Île-de-France d'avoir une limitation sensorielle absolue (OR=0,70 [0,51 – 0,97]).

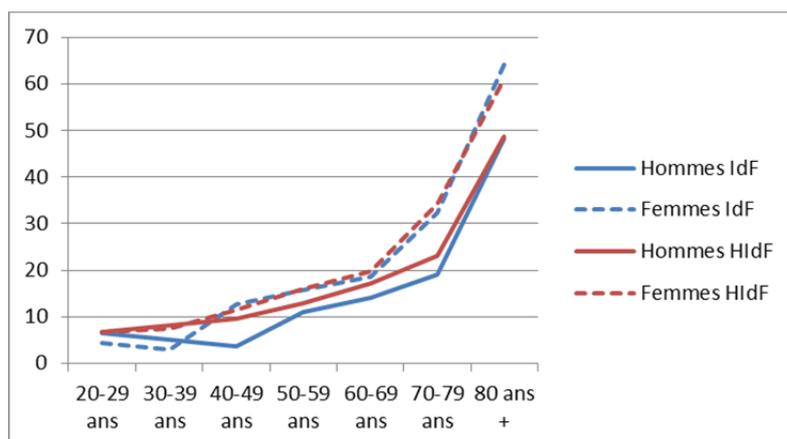
Pour les limitations cognitives ou psychiques graves, les Franciliens de 30-39 ans sont significativement moins nombreux que leurs homologues résidant hors Île-de-France à déclarer au moins une limitation de ce type, respectivement 2,3% et 6,1%. Pour les autres groupes d'âge, les différences ne sont pas significatives entre ces deux zones géographiques (fig.4). Toutefois le modèle de régression logistique montre qu'en ajustant sur l'âge, le risque d'avoir une limitation cognitive grave ne diffère pas entre l'Île-de-France et le reste de la France (OR non significatif).

Tableau 3 : Limitations fonctionnelles absolues (LF) en Île-de-France et hors Île-de-France (en %)

	20-59 ans		60 ans ou plus	
	IdF	HIdF	IdF	HIdF
Pas de LF absolue	92,5	90,0	72,1	69,8
Limitations motrices / physiques	1,8	2,4	13,1	14,3
Limitations sensorielles	0,6	0,9	2,1	2,1
Limitations motrices / physiques + limit. sensorielle	0,1	0,2	0,6	1,7
Limitations cognitives / psychiques	4,1	5,4	5,9	5,1
Limit. motrices / physiques + limit. cognitives / psychiques	0,7	0,9	4,8	4,5
Limit. sensorielles + limit. cognitives / psychiques	0,1	0,2	0,3	0,5
Limit. motrices / physiques + limit. sensorielles + limit. cognitives / psychiques	0,2	0,1	1,0	2,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectifs	1 983	12 423	1 396	8 560
<i>p</i>	S*		NS	

NS : non significatif ; S* p<0,05 ; S** p<0,01 ; S*** p<0,001.

Figure 5 : Au moins une limitation fonctionnelle absolue / grave sans aide technique ou humaine sauf port de lunettes et appareil auditif (en %)



Une variable « avoir au moins une limitation fonctionnelle absolue / grave » synthétise le fait de ne pas pouvoir du tout accomplir une activité fonctionnelle, quelle qu'en soit le type (motrice, physique, sensorielle) ou d'avoir souvent des difficultés cognitives ou psychiques. Cette variable ne tient pas compte de la présence d'autres limitations fonctionnelles légères ou modestes associées.

Tableau 4 : Avoir au moins une limitation fonctionnelle absolue / grave sans aide technique ou humaine sauf port de lunettes et appareil auditif (en %)

	IdF			HIdF			p IdF / HIdF		
	Hommes	Femmes	Ens	Hommes	Femmes	Ens	H	F	Ens
20-59 ans	6,4	8,6	7,6	9,4	10,6	10,0	S**	NS	S**
60 ans +	20,8	33,3	27,9	24,5	34,6	30,2	NS	NS	NS
20 ans +	9,4	14,6	12,1	13,5	18,2	16,0	S***	S**	S***
Effectifs	1451	1928	3379	9301	11682	20983			

En gras : différences hommes / femmes significatives à au moins 5%.

NS : non significatif ; S* p<0,05 ; S** p<0,01 ; S*** p<0,001..

7% des personnes de 60 ans ou plus ont plusieurs types de limitations fonctionnelles absolues

Le tableau 3 représente la répartition de la population selon la présence de limitations fonctionnelles absolues. Ici n'ont donc pas été prises en compte les limitations fonctionnelles modérées ou légères. En Île-de-France comme hors Île-de-France, chez les personnes de moins de 60 ans, les limitations cognitives/psychiques seules ou les limitations motrices seules sont les plus fréquentes, respectivement 4% et 2% en Île-de-France, les associations de différents types de limitations fonctionnelles absolues étant rares. Chez les 60 ans ou plus, les limitations motrices/physiques absolues seules ou cognitives/psychiques graves seules sont aussi les plus fréquentes (respectivement 13% et 6%) mais l'association limitations motrices/physiques et cognitives/psychiques concerne environ 5% des personnes. Les autres associations sont rares.

Des limitations fonctionnelles absolues plus souvent déclarées par les femmes

En Île-de-France comme dans le reste de la France, les femmes sont significativement plus nombreuses que les hommes à déclarer des limitations fonctionnelles absolues (tab.4) : en Île-de-France, 15% des femmes contre 10% des hommes ont déclaré une limitation fonctionnelle absolue. Ces différences sont observées à partir de 35 ans en Île-de-France et 40 ans hors Île-de-France (fig.5). Les différences entre hommes et femmes sont statistiquement significatives à partir de 60 ans tandis qu'elles ne le sont pas avant (tab.4).

La comparaison des prévalences entre Île-de-France et hors Île-de-France montre que les prévalences sont globalement plus faibles en Île-de-France, 12% vs 16% les deux sexes confondus, mais que les différences ne sont statistiquement significatives que chez les moins de 60 ans (tab.4).

Des prévalences de limitations fonctionnelles absolues plus faibles en Île-de-France qu'ailleurs en France, surtout chez les moins de 60 ans

A âge, sexe et zone géographique de résidence comparables (annexe 3), les modèles de régression logistique confirment le risque plus faible d'avoir une limitation fonctionnelle absolue en Île-de-France chez les moins de 60 ans (OR=0,76 [0,62-0,93]) et l'absence de différence entre Île-de-France et reste de la France chez les 60 ans ou plus (OR non significatif), même si les OR vont dans le même sens que pour les moins de 60 ans.

Par ailleurs, le risque plus élevé des femmes de déclarer une limitation fonctionnelle absolue est aussi confirmé, à 20-59 ans et encore plus à 60 ans ou plus (OR=1,50 [1,31-1,72]).

Tableau 5 : Restrictions d'activité (RA) en Île-de-France parmi les ADL et les IADL selon la gravité (%)

	20-59 ans			60 ans et plus		
	Sans RA*	Avec difficultés	Ne peut pas	Sans RA*	Avec difficultés	Ne peut pas
ADL ou AVQ						
Se laver	99,0	0,5	0,5	94,8	2,9	2,3
S'habiller, se déshabiller	98,9	0,7	0,4	95,0	3,5	1,5
Couper sa nourriture, se servir à boire	99,4	0,2	0,4	97,1	1,7	1,1
Manger et boire	99,7	0,0	0,3	99,4	0,1	0,4
Se servir des toilettes	99,5	0,2	0,3	98,5	0,6	0,9
Se coucher, se lever du lit	99,2	0,5	0,3	97,3	1,9	0,8
S'asseoir, se lever d'un siège	99,4	0,3	0,3	97,2	2,0	0,8
IADL ou AIVQ						
Faire ses courses	97,9	1,0	1,1	85,5	4,7	9,7
Préparer ses repas	99,2	0,3	0,5	93,0	3,4	3,6
Faire les tâches ménagères courantes	98,3	1,0	0,7	88,0	6,8	5,3
Faire les tâches plus occasionnelles	98,2	0,8	1,0	83,5	6,2	10,3
Faire les démarches administratives courantes	98,2	0,7	1,1	88,3	5,3	6,4
Prendre ses médicaments	99,5	0,1	0,4	96,7	1,2	2,1
Se déplacer dans toutes les pièces d'un étage	99,5	0,2	0,3	98,6	0,4	0,9
Sortir de son logement	99,1	0,3	0,6	93,6	2,2	4,2
Utiliser un moyen de déplacement	98,9	0,4	0,7	91,2	2,4	6,3
Trouver son chemin quand on sort	99,4	0,2	0,4	96,0	1,2	2,8
Se servir du téléphone	99,5	0,1	0,4	97,8	0,7	1,5
Se servir d'un ordinateur**	99,5	0,1	0,4	98,9	0,3	0,9
<i>Effectifs</i>	1984			1397		

*Restrictions d'activité

** Difficulté ou impossibilité d'utilisation pour raison de santé (à l'exclusion de toute autre raison).

Les restrictions d'activité

Les *restrictions d'activité* sont les difficultés qu'un individu peut rencontrer pour accomplir seul les activités essentielles de la vie courante.

Les activités de la vie quotidienne (ADL et IADL ou AVQ et AIVQ)

Les ADL (*Activities of daily living* ou *activités de la vie quotidienne*, AVQ) correspondent aux activités vitales et soins personnels tels que manger et boire, se lever du lit ou se coucher, s'habiller. Une limitation dans ces activités correspond à une grande perte d'autonomie. Cette échelle d'autonomie physique est issue des travaux de Katz (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson, & Jaffe, 1963) et permet de calculer un indice plus spécifiquement utilisé pour évaluer la dépendance des personnes âgées, l'indice de Katz. Les restrictions d'activité sont aussi abordées par les IADL (*Instrumental activities of daily living : activités instrumentales de la vie quotidienne* ou AIVQ) qui font référence à des activités impliquant les fonctions motrices mais aussi cognitives telles que faire ses courses, faire les tâches administratives courantes, etc. et issue des travaux de Lawton (Lawton & Brody, 1969). Ces activités sont complexes puisqu'elles nécessitent une certaine habileté, une certaine autonomie, un bon jugement et la capacité de structurer des tâches. L'identification des restrictions aux ADL et IADL se fait par un questionnaire « Avez-vous des difficultés pour réaliser *seul(e)* les activités.... » et en cas de réponse positive, le degré de difficultés est demandé (« Quelques difficultés », « Beaucoup de difficultés », « Je ne peux pas faire seul(e) »). Les questions relatives aux restrictions d'activité ont pour objectif d'évaluer les difficultés que la personne a pour réaliser des activités courantes dans son environnement quotidien et d'évaluer l'aide (humaine, technique et aménagements du logement) dont la personne dispose et dont elle aurait besoin. A partir de ces questions, il est possible de repérer les personnes qui ont au moins une restriction dans les activités de la vie quotidienne.

Quel que soit le niveau de gravité, les restrictions d'activité sont très peu fréquentes chez les personnes de moins de 60 ans. Si environ 1% des personnes ont des difficultés, même légères, pour certaines ADL telles que se laver, s'habiller ou se déshabiller, environ 2% ont des difficultés pour certaines IADL telles que faire ses courses, faire des démarches administratives courantes, les tâches ménagères courantes ou les tâches ménagères plus occasionnelles (tab.5). Chez les personnes de 60 ans ou plus, les restrictions d'activité sont plus fréquentes, avec des IADL plus fréquentes que les ADL : environ 5% ont des difficultés (légères à absolues) pour se laver, s'habiller ou se déshabiller, 12% ont des difficultés pour les démarches administratives courantes ou les tâches ménagères courantes, 14% pour faire les courses et près de 17% pour les tâches ménagères plus occasionnelles (tab.5).

Figure 6 : Avoir au moins une restriction d'activité parmi les ADL ou les IADL (en %)

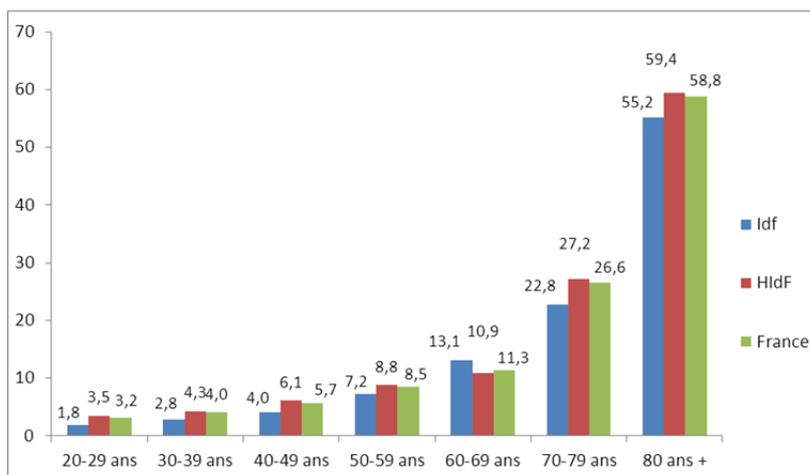


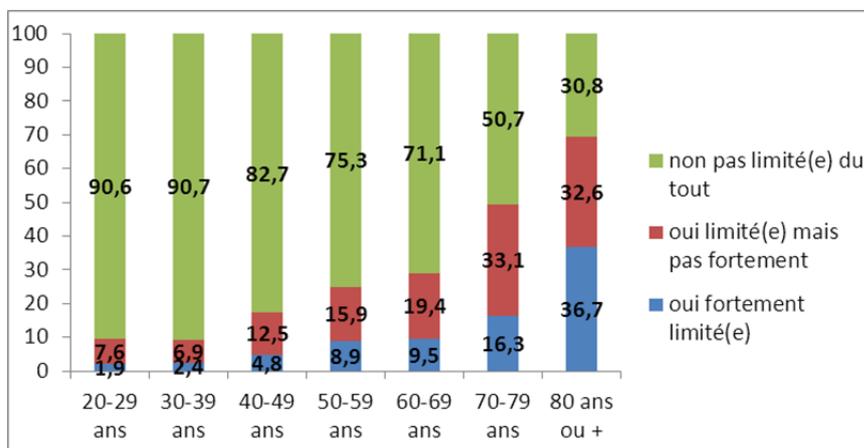
Tableau 6: Avoir au moins une restriction d'activité parmi les ADL ou les IADL selon le sexe, la catégorie d'âge et la région (en %)

	IdF			HldF			p IdF / HldF		
	Hommes	Femmes	Ens	Hommes	Femmes	Ens	H	F	Ens
20-59 ans	3,6	4,0	3,8	4,8	6,7	5,7	NS	S***	S***
60 ans +	15,3	31,2	24,3	18,1	33,5	26,8	NS	NS	NS
20 ans +	6,0	10,6	8,4	8,4	15,2	12,0	S**	S***	S***
Effectifs	1452	1929	3380	9304	11687	20991			

En gras : différences hommes / femmes significatives à au moins 5%.
 NS : non significatif ; S* p<0,05 ; S** p<0,01 ; S*** p<0,001.

Une variable « avoir une restriction d'activité » synthétise le fait d'avoir une restriction d'activité parmi les ADL ou les IADL, quel que soit le niveau de difficultés pour exercer l'activité (quelques difficultés, beaucoup ou ne pas pouvoir du tout). La restriction d'activité est dite forte lorsque la personne a déclaré avoir beaucoup de difficultés ou ne pas pouvoir réaliser du tout au moins une des activités parmi les ADL ou les IADL.

Figure 7: Déclarer « être limité(e) depuis au moins 6 mois à cause d'un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement » (GALI, Global activity limitation indicator) chez les 20 ans ou plus en Île-de-France (en %)



Des restrictions d'activité plus fréquentes chez les femmes et moins fréquentes en Île-de-France

Comme pour les limitations fonctionnelles, la proportion de personnes ayant déclaré une restriction d'activité parmi les ADL ou les IADL augmente avec l'âge, avec une croissance particulièrement élevée à partir de 60 ans (fig.6). Entre 20 et 59 ans, le risque augmente en moyenne de 4% par année d'âge et de 13% à 60 ans ou plus (annexe 3).

Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à déclarer au moins une restriction d'activité, en Île-de-France comme dans le reste de la France (tab.6), sauf chez les Franciliens de 20-59 ans, chez lesquels on n'observe pas de différences entre les hommes et les femmes, constat qui avait déjà été fait pour les limitations fonctionnelles. A 60 ans ou plus, les proportions de femmes déclarant une restriction d'activité sont environ deux fois supérieures à celles des hommes, ce que l'on retrouve dans le modèle de régression logistique (annexe 3) où l'Odds ratio est de 2,17 [1,89-2,49] lorsque l'on est une femme.

La comparaison Île-de-France / hors Île-de-France montre que la prévalence de la restriction d'activité est globalement plus faible en Île-de-France, 8% vs 12% hors Île-de-France, mais que cette différence n'est significative que chez les moins de 60 ans. C'est ce que confirment les modèles de régression logistique (annexe 3), après ajustement sur l'âge, le sexe, la région, où l'Odds ratio pour la région Île-de-France est de 0,68 [0,55-0,84] chez les moins de 60 ans et n'est pas significatif chez les 60 ans ou plus.

Restriction d'activité ADL et IADL et restriction globale d'activité

La restriction d'activité est aussi abordée dans le mini module européen sur la santé par la question « Etes-vous limité(e), depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ? ». Elle permet de calculer un indicateur de restriction globale d'activité (GALI) qui peut être temporaire. La comparaison entre la restriction globale d'activité et la restriction d'activité ADL et IADL montre que, pour les personnes de moins de 60 ans, les proportions sont assez proches entre celles qui se déclarent fortement limitées (GALI) et celles ayant au moins une restriction d'activité parmi les ADL ou IADL (fig.7), quel que soit le degré de restriction. A 60 ans et au-delà, les proportions de personnes se déclarant fortement limitées (GALI) sont plutôt proches de celles déclarant une restriction forte d'activité parmi les ADL ou les IADL (annexe 4). Cela peut signifier que chez les personnes plus jeunes, la restriction d'activité, même si elle est moins forte, a un retentissement plus important que chez les personnes plus âgées, que ce soit en termes de gêne dans la vie quotidienne ou d'acceptation personnelle ou sociale. Dans les analyses qui vont suivre, la restriction d'activité sera abordée par la variable synthétique des ADL/IADL car, même s'il s'agit du déclaratif, elle s'appuie sur des descriptions précises d'activité et par ailleurs elle évalue la restriction permanente. La variable prendra en compte la restriction d'activité même si elle n'est pas forte car elle est perçue comme telle par les personnes plus jeunes.

Figure 8 : Proportion de personnes ayant une reconnaissance administrative d'un handicap / d'une perte d'autonomie (RHP) selon l'âge en Île-de-France et hors Île-de-France (en %)

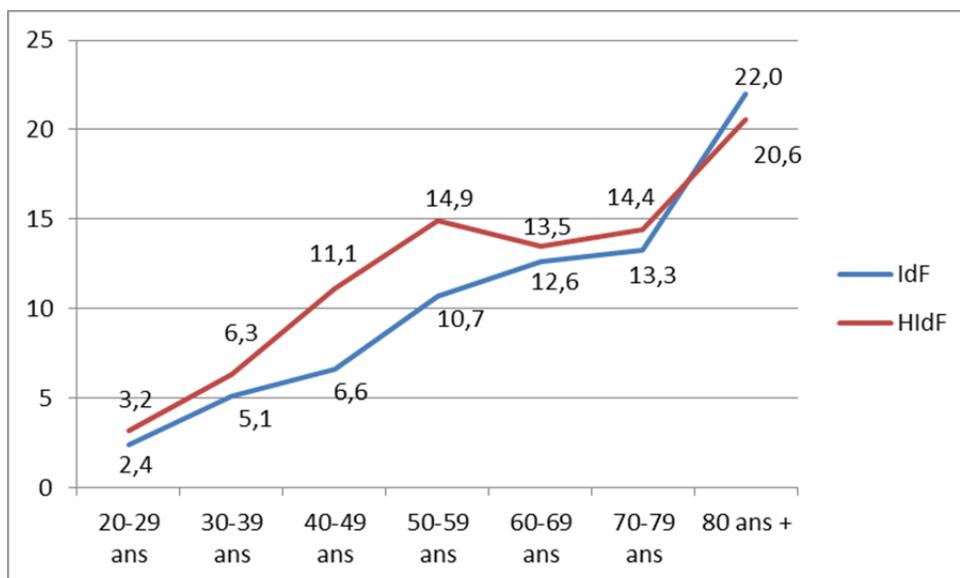


Tableau 7 : Proportion de personnes ayant une reconnaissance administrative d'un handicap / d'une perte d'autonomie selon le sexe et le groupe d'âge en Île-de-France et hors Île-de-France (en %)

	IdF			HIdF			pIdF/HIdF		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	H	F	Ens
20-59 ans	6,8	5,3	6,0	10,4	7,8	9,1	S***	S**	S***
60 ans ou +	17,5	12,4	14,6	17,9	13,2	15,3	NS	NS	NS
20 ans ou +	8,9	7,0	7,9	12,4	9,5	10,9	S***	S**	S***
<i>Effectifs</i>	<i>1434</i>	<i>1892</i>	<i>3326</i>	<i>9249</i>	<i>11601</i>	<i>20850</i>			

NS : non significatif ; S* p<0,05 ; S** p<0,01 ; S*** p<0,001.

En gras : différences hommes / femmes significative

Une **variable** « reconnaissance administrative d'un handicap / perte d'autonomie » (RHP) a été créée, et regroupe les différentes formes de compensation du handicap ou de la perte d'autonomie prévues par les régimes de protection sociale : allocation spécifique pour les personnes handicapées ou en perte d'autonomie : AAH, PCH ou antérieurement ACTP, APA pour les personnes de 60 ans ou plus classées en GIR 1, 2, 3 ou 4, pension d'invalidité, pension pour inaptitude au travail, majoration pour tierce personne, rente d'incapacité liée à un accident du travail, rente versée par une assurance ou une mutuelle, pension militaire d'invalidité / décision positive de la MDPH (anciennement COTOREP ou CDES) incluant la reconnaissance de travailleur handicapé (RQTH), l'attribution d'une carte d'invalidité, d'une carte de priorité ou d'une carte de stationnement / reconnaissance d'un taux d'invalidité par la sécurité sociale, l'armée ou les sociétés d'assurance.

La reconnaissance administrative d'un handicap ou d'une perte d'autonomie

Le handicap peut être reconnu par différents organismes selon l'âge et la situation de la personne. La Commission des droits pour l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), siégeant au sein des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), créées par la loi du 11 février 2005, procède, pour chaque demandeur adulte, à l'évaluation de ses capacités et incapacités à accomplir les activités de sa vie quotidienne, professionnelle et sociale. Les décisions et mesures sont destinées à favoriser l'insertion professionnelle et/ou sociale du demandeur. Les personnes victimes d'un accident ou d'une maladie non professionnelle sont reconnues handicapées lorsque leur capacité de travail est réduite d'au moins des deux tiers.

Une proportion plus faible en Île-de-France de personnes ayant une reconnaissance d'un handicap ou d'une perte d'autonomie

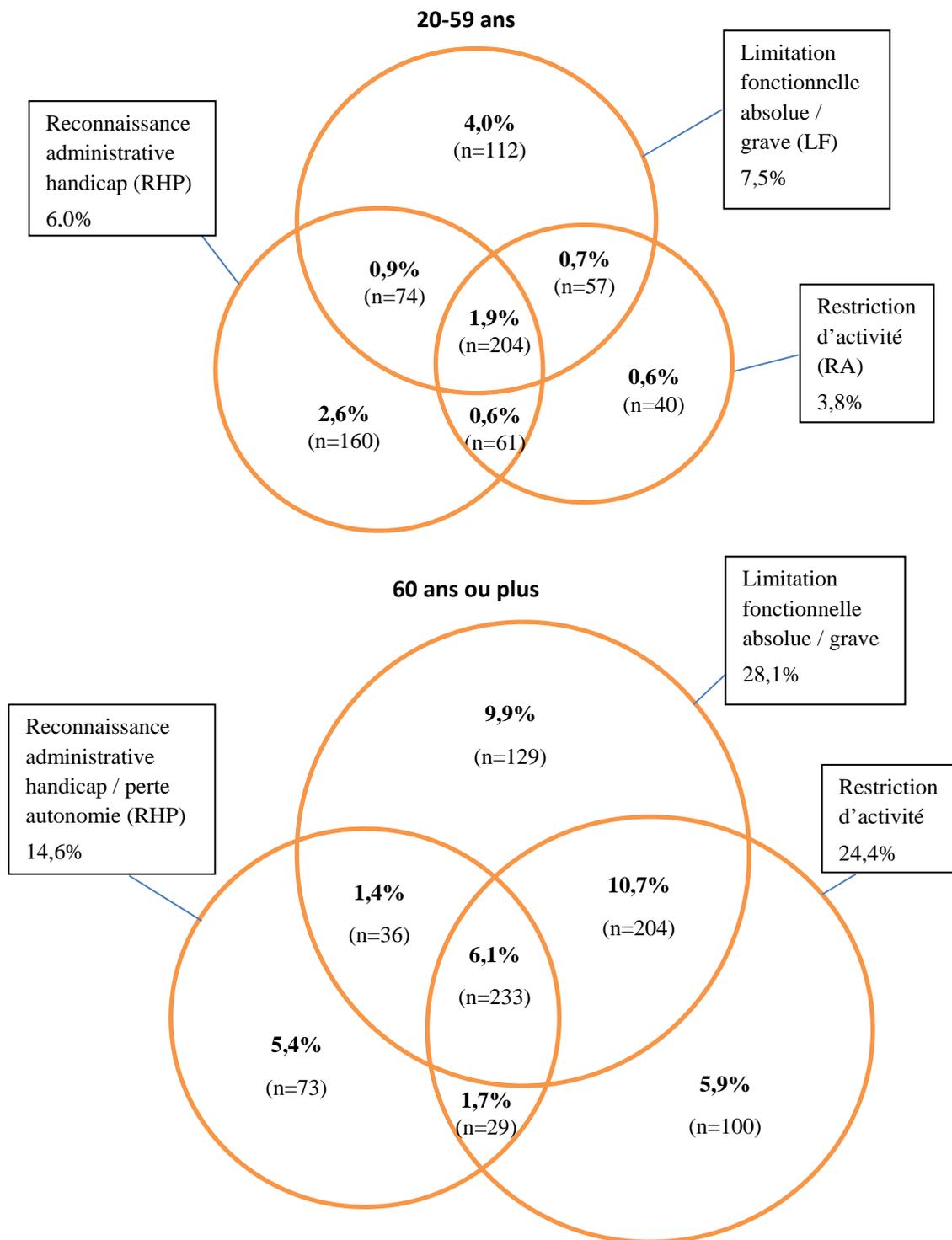
En Île-de-France, 6% des personnes de 20-59 ans dans l'enquête sont identifiées comme ayant une reconnaissance administrative d'un handicap, proportion significativement inférieure à celle observée hors Île-de-France (9%). A 60 ans ou plus, si les proportions de personnes ayant une la reconnaissance d'un handicap ou d'une perte d'autonomie ne diffèrent pas significativement entre l'Île-de-France et le reste de la France. Les modèles de régression logistique (annexe 3) montrent une probabilité moins élevée en Île-de-France de reconnaissance d'un handicap chez les moins de 60 ans (OR=0,68 [0,56-0,83]) tandis que chez les 60 ans ou plus, la probabilité ne diffère pas entre l'Île-de-France et le reste de la France, à âge et sexe comparables mais l'OR est inférieur à 1.

Si la proportion de personnes reconnues handicapées ou en perte d'autonomie augmente fortement avec l'âge, elle est, avant 60 ans, toujours supérieure à celles de personnes ayant une restriction d'activité, et après 60 ans, plus faible que celles de personnes ayant une limitation fonctionnelle ou une restriction d'activité. A 80 ans ou plus, en Île-de-France, 22% ont une reconnaissance d'un handicap ou d'une perte d'autonomie, contre 55% pour la restriction d'activité et 58% pour une limitation fonctionnelle absolue.

En Île-de-France, 18% des hommes de 60 ans ou plus ont une reconnaissance de perte d'autonomie contre 12% des femmes

A l'exception des Franciliens de 20-59 ans chez lesquels les proportions d'hommes et de femmes ayant une reconnaissance d'un handicap ne diffèrent pas, les proportions d'hommes ayant une reconnaissance administrative sont supérieures à celles observées chez les femmes (tab.7), ce que confirme le modèle de régression logistique où l'odds ratio est de 0,70 [0,64-0,77] par rapport à la valeur 1 attribuée au fait d'être un homme (annexe 3).

Figure 9 : Représentation des liens entre limitations fonctionnelles absolues/graves, restriction d'activité et reconnaissance administrative d'un handicap en Île-de-France



Effectifs bruts. Pourcentages pondérés.

Certains totaux diffèrent légèrement des tableaux précédents du fait de valeurs manquantes.

Les liens entre les différents critères de définition du handicap

Les différents critères étudiés ici pour définir le handicap se recoupent mais ne se superposent pas (fig.9). Les personnes constituant le « noyau dur », c'est-à-dire ayant les trois critères de handicap représentent 1,9% des 20-59 ans et 6,1% des 60 ans ou plus.

Les limitations fonctionnelles n'entraînent pas nécessairement de restrictions d'activité et inversement des restrictions d'activité peuvent exister sans limitations fonctionnelles, ce qui a déjà été mis en évidence dans d'autres études (Cambois & Robine, 2003). Chez les 20-59 ans, 4,9% ont au moins une limitation fonctionnelle absolue sans restriction d'activité (fig.9) et 2,6% ont une restriction d'activité associée. Mais la proportion de celles ayant une restriction d'activité sans limitation fonctionnelle absolue est peu fréquente (1,2%). Chez les personnes de 60 ans ou plus, si 11,3% d'entre elles ont une limitation fonctionnelle absolue sans restriction d'activité, elle est un peu plus souvent associée à une restriction d'activité (16,8%). La proportion de personnes ayant une restriction d'activité sans limitation fonctionnelle est plus faible et couvre 7,6% des personnes de 60 ans ou plus (qu'il y ait ou non reconnaissance administrative d'un handicap ou d'une perte d'autonomie). Par ailleurs, une reconnaissance administrative d'un handicap peut exister sans présence ni d'une limitation fonctionnelle absolue ni d'une restriction d'activité (2,6% des 20-59 ans sur un total de 6,0% de personnes de 20-59 ans ayant une reconnaissance administrative et 5,4% des 60 ans ou plus sur un total de 14,6%).

Au total, les limitations fonctionnelles absolues, sans association avec les restrictions d'activité ou la reconnaissance, sont assez fréquentes avant 60 ans mais peu au-delà. Une restriction d'activité sans aucune autre association est peu fréquente et est associée à une limitation fonctionnelle absolue dans 7 cas sur 10, quel que soit le groupe d'âge. Une restriction d'activité est également plus souvent associée à une reconnaissance d'un handicap ou d'une perte d'autonomie avant 60 ans qu'au-delà.

Il ne s'agit pas ici cependant d'étudier en détail les liens qui existent entre les différents critères de handicap, mais d'après la littérature, les limitations fonctionnelles sont comme un stade annonciateur de restrictions d'activités (cité par (Cambois & Robine, 2003)). Néanmoins le passage de l'un à l'autre, probable sans être systématique, est lié à de nombreux facteurs parmi lesquels la nature de la limitation fonctionnelle, son ancienneté, qui se combinera avec l'effet d'âge, le recours à des aides techniques ou humaines (Cambois & Robine, 2003).

Dans les analyses qui vont suivre, et s'agissant de populations différentes, voire de degrés de handicap différents, les trois approches du handicap seront conservées. Les limitations fonctionnelles déterminent l'état fonctionnel de l'individu indépendamment de son environnement, les restrictions d'activité sont à la rencontre de son état fonctionnel et de ce qu'il peut être amené à faire. La reconnaissance administrative est celle qui est définie par un barème et ouvre droit à des dispositifs spécifiques et/ou des prestations.

Tableau 8 : Répartition des personnes de 20 ans ou plus ayant une limitation fonctionnelle absolue, une restriction d'activité, une reconnaissance d'un handicap en Île-de-France selon la PCS de la personne enquêtée (en %)

	LF absolue	RA	RHP	Population totale
Agriculteurs exploitants	0,2	0,4	0,5	0,2
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	6,5	5,8	3,6	4,5
Cadres et prof intellectuelles supérieures	12,0	12,6	19,9	23,6
Prof intermédiaire	14,9	11,3	14,3	22,3
Employés	33,1	32,6	22,2	26,1
Ouvriers	19,4	17,8	20,5	12,9
Ensemble Inactifs	13,8	19,6	19,0	10,4
<i>Elèves, étudiant</i>	0,2	0,5	0,9	4,2
<i>Sans activité - avec prestations invalidité</i>	5,6	7,6	13,2	1,1
<i>Sans activité prof* - sans prestations invalidité</i>	8,0	11,5	4,9	5,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectifs	1069	950	867	3324
<i>p</i> **	S***	S***	S***	

Les personnes actuellement à la retraite ont été reclassées selon leur ancienne profession.

*Y compris chômeurs n'ayant jamais travaillé.

** p Handicap / pas de handicap pour les trois critères. S*** p<0,001.

Tableau 9 : Répartition des personnes de 20 ans ou plus ayant une limitation fonctionnelle absolue, une restriction d'activité, une reconnaissance d'un handicap en Île-de-France et hors Île-de-France selon la PCS de la personne enquêtée (en %)

	LF absolue		RA		RHP	
	IdF	HIdF	IdF	HIdF	IdF	HIdF
Agriculteurs exploitants	0,2	7,1	0,4	7,8	0,5	4,3
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	6,5	6,0	5,8	6,6	3,6	4,3
Cadres et prof intellectuelles supérieures	12,0	5,0	12,6	3,9	19,9	3,5
Prof intermédiaire	14,9	9,8	11,3	9,1	14,3	11,6
Employés	33,1	26,5	32,6	25,9	22,2	20,9
Ouvriers	19,4	27,2	17,8	25,4	20,5	28,1
Ensemble Inactifs	13,8	18,6	19,6	21,4	19,0	27,1
<i>Elèves, étudiant</i>	0,2	1,2	0,5	0,5	0,9	0,2
<i>Sans activité - avec prestations invalidité</i>	5,6	6,8	7,6	8,6	13,2	23,6
<i>Sans activité prof* - sans prestations invalidité</i>	8,0	10,6	11,5	12,3	4,9	3,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectifs	1069	7812	950	6908	867	4030
<i>p</i>	S***		S***		S***	

*Y compris chômeurs n'ayant jamais travaillé.

NS : non significatif ; S* p<0,05 ; S** p<0,01 ; S*** p<0,001.

Limitations fonctionnelles, restrictions d'activité, reconnaissance d'un handicap et PCS

Les catégories socio-professionnelles moins favorisées sur-représentées parmi les personnes handicapées

La répartition en Île-de-France des personnes selon leur PCS (tab. 8) montre que parmi les personnes ayant une limitation fonctionnelle absolue ou une restriction d'activité :

- les cadres, les professions intermédiaires et les élèves/étudiants sont sous-représentés,
- les employés et ouvriers sont sur-représentés, ainsi que les personnes sans activité professionnelle, qu'elles touchent ou non une prestation d'invalidité,
- il n'est pas observé de différence pour les professions indépendantes,
- environ un tiers des personnes ayant une limitation fonctionnelle ou une restriction d'activité sont employés et près de 20% sont ouvriers.

Chez les personnes ayant une reconnaissance d'un handicap ou d'une perte d'autonomie, si les professions intermédiaires et les étudiants sont sous-représentés, les cadres ne le sont pas, et si les ouvriers sont sur-représentés, les employés ne le sont pas ni les inactifs ne touchant pas de prestation d'invalidité. Chez elles, les catégories cadres, employés et ouvriers représentent chacune environ 20% des personnes.

La répartition des PCS chez les personnes handicapées selon la région (Île-de-France / hors Île-de-France) (tab.9) montre que :

- quel que soit le critère de handicap retenu, les Franciliens sont significativement plus nombreux à être cadres ou à exercer une profession intermédiaire et sont significativement moins nombreux à être ouvriers,
- les personnes ayant une limitation fonctionnelle absolue ou une restriction d'activité sont aussi significativement plus nombreuses à être employées, tandis qu'il n'y a pas de différence parmi celles ayant une reconnaissance d'un handicap ou d'une perte d'autonomie,
- la proportion de personnes sans activité professionnelle et touchant une prestation d'invalidité est comparable entre Île-de-France et hors Île-de-France pour les personnes déclarant une limitation fonctionnelle absolue ou une restriction d'activité tandis qu'elle est très inférieure en Île-de-France par rapport au reste de la France pour celles ayant une reconnaissance d'un handicap : 13% contre 24% hors Île-de-France.

Ces constats suivent en partie les caractéristiques de la structuration sociale en Île-de-France et hors Île-de-France, avec des proportions élevées de cadres et professions intermédiaires en Île-de-France et faible d'ouvriers. La proportion plus élevée d'employés peut s'expliquer par l'importance du secteur tertiaire dans la région francilienne.

Tableau 10 : Prévalence des limitations fonctionnelles absolues, de la restriction d'activité et de la reconnaissance administrative d'un handicap en Île-de-France et hors Île-de-France en fonction de la PCS (en %)**20-59 ans**

	Limitations fonct. absolues			Restriction d'activité			Reconnaissance administrative			n IdF	n HldF
	IdF	F	p	IdF	HldF	p	IdF	HldF	p		
Agriculteurs exploitants	- ¹	10,6	-	- ¹	4,6	-	- ¹	8,7	-	3	257
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	4,6	6,5	NS	2,4	3,1	NS	3,5	5,5	NS	69	525
Cadres et prof intell sup	3,3	3,5	NS	1,5	1,5	NS	5,4	2,6	S*	362	880
Prof intermédiaire	5,6	5,6	NS	1,9	2,9	NS	3,2	6,0	S**	385	1919
Employés	10,8	9,4	NS	4,7	4,3	NS	4,7	8,0	S**	558	3173
Ouvriers	11,4	12,5	NS	5,4	6,5	NS	9,0	11,4	NS	257	2877
Elèves, étudiant	0,4	5,6	S***	0,7	1,7	NS	1,3	1,6	NS	80	342
Autres sans activité prof	18,7	26,9	S*	17,1	22,8	NS ²	25,0	26,7	NS	256	2353
dont avec prestations invalidité	62,4	66,4	NS	59,6	63,0	NS	100,0	100,0		124	1198
dont sans prestations invalidité	7,3	15,2	S**	6,1	10,9	S*	5,6	5,2	NS	132	1155
<i>Ensemble</i>	<i>7,6</i>	<i>10,0</i>	<i>S**</i>	<i>3,8</i>	<i>5,7</i>	<i>S***</i>	<i>6,0</i>	<i>9,1</i>	<i>S***</i>	<i>1970</i>	<i>12322</i>

NS : non significatif ; S* p<0,05 ; S** p<0,01 ; S*** p<0,001.

1. Effectifs trop faibles.

2. p=0,0633.

60 ans ou plus

	Limitations fonct. absolues			Restriction d'activité			Reconnaissance administrative			n IdF	n HldF
	IdF	HldF	p	IdF	HldF	p	IdF	HldF	p		
Agriculteurs exploitants	- ¹	37,1	-	- ¹	33,7	-	- ¹	12,8	-	5	802
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	37,9	29,1	NS	24,4	27,2	NS	11,0	11,1	NS	109	714
Cadres et prof intell sup	15,7	17,3	NS	14,2	11,5	NS	11,5	8,9	NS	291	597
Prof intermédiaire	18,4	17,1	NS	13,8	14,8	NS	12,9	13,2	NS	261	991
Employés	31,9	33,3	NS	31,6	30,5	NS	14,1	15,4	NS	397	2173
Ouvriers	39,0	34,3	NS	30,4	29,0	NS	23,9	21,2	NS	214	2352
Autres sans activité prof	53,0	45,4	NS	55,7	44,7	NS	16,9	16,7	NS	114	911
dont avec prestations invalidité	- ¹	85,9	NS	- ¹	83,5	NS	- ¹	100,0	NS	12	80
dont sans prestations invalidité	50,7	43,3	NS	53,9	42,7	S*	13,0	13,4	NS	102	831
<i>Ensemble</i>	<i>27,9</i>	<i>30,2</i>	<i>NS</i>	<i>24,3</i>	<i>26,8</i>	<i>NS</i>	<i>14,6</i>	<i>15,3</i>	<i>NS</i>	<i>1391</i>	<i>8540</i>

NS : non significatif ; S* p<0,05 ; S** p<0,01 ; S*** p<0,001.

1. Effectifs trop faibles.

La prévalence de handicap varie selon un gradient social, moins net chez les Franciliens de 20-59 ans ayant une reconnaissance administrative d'un handicap

Que ce soit à 20-59 ans ou à 60 ans ou plus, les prévalences de limitations fonctionnelles ou de restriction d'activité varient selon un gradient social, où elles sont plus faibles chez les cadres et professions intellectuelles supérieures et augmentent selon l'échelle sociale pour atteindre le niveau le plus élevé chez les ouvriers (tab.10). Si les prévalences des handicaps sont très élevées parmi les personnes inactives percevant une prestation d'invalidité, elles sont relativement importantes chez celles n'en percevant pas (de 6% à 7% de ces inactifs pour les Franciliens de 20-59 ans par exemple). Ces tendances diffèrent un peu en Île-de-France pour la reconnaissance d'un handicap chez les 20-59 ans, où les prévalences sont très proches entre les cadres, professions intermédiaires et employés puis plus élevées chez les ouvriers.

Après ajustement sur l'âge, le sexe, la zone de résidence et la PCS (annexe 5), par rapport aux cadres et professions intellectuelles supérieures, les employés et ouvriers ont un risque plus élevé d'avoir un handicap (quel que soit le critère), que ce soit à 20-59 ans ou à 60 ans ou plus. Les professions intermédiaires ont aussi un risque plus élevé de LF, RA ou RHP que les cadres (mais moins que les employés et ouvriers), effet que l'on ne retrouve pas chez les 60 ans ou plus sauf pour la reconnaissance d'une perte d'autonomie. On constate aussi le risque plus élevé de handicap (quel que soit le critère) chez les inactifs, et cela qu'ils soient bénéficiaires ou non d'une prestation d'invalidité.

La prévalence de la reconnaissance administrative d'un handicap plus élevée chez les cadres franciliens que chez leurs homologues hors Île-de-France

Si les comparaisons Île-de-France / hors Île-de-France montrent peu de différences significatives (tab.10), certains points sont à noter.

Chez les personnes de 20-59 ans :

- les étudiants déclarent des prévalences de limitations fonctionnelles plus faibles en Île-de-France, les inactifs sans prestations invalidité des prévalences plus faibles de limitations fonctionnelles et de restriction d'activité en Île-de-France,
- les prévalences de reconnaissance d'un handicap sont inférieures en Île-de-France chez les professions intermédiaires et les employés mais deux fois supérieures chez les cadres,

Chez les personnes de 60 ans ou plus, la seule différence observée est la prévalence plus élevée en Île-de-France de restriction d'activité chez les inactifs sans prestations invalidité.

Les inactifs franciliens le seraient ainsi moins souvent pour des raisons de santé que ceux hors Île-de-France. La part plus importante de cadres ayant un handicap en Île-de-France peut avoir différentes explications (meilleur accès à la formation en Île-de-France ou meilleure insertion professionnelle pour les personnes handicapées) et il convient d'observer d'autres variables liées à l'insertion professionnelle, comme cela sera abordé dans le chapitre suivant.

Les différences de prévalence des situations de handicap entre l'Île-de-France et le reste de la France disparaissent après ajustement sur la PCS sauf pour la reconnaissance d'un handicap qui reste inférieure en Île-de-France

Ces modèles de régression montrent que les probabilités plus faibles d'une limitation fonctionnelle absolue ou d'une restriction d'activité chez les 20-59 ans en Île-de-France qui avaient été observées dans les précédentes analyses ne se confirment pas, après ajustement sur la PCS. Par contre, la probabilité d'une reconnaissance administrative d'un handicap reste plus faible en Île-de-France, après ajustement sur la PCS. Chez les 60 ans ou plus, l'absence de différences constatées dans les prévalences des différents handicaps entre l'Île-de-France et le reste de la France se confirme dans ces modèles.

Participation sociale : type de ménage, formation, emploi, sorties du domicile

Tableau 11 : Répartition des personnes de 20-59 ans ayant une limitation fonctionnelle absolue, une restriction d'activité et une reconnaissance administrative d'un handicap selon le type de ménage en Île-de-France (en %)

20-59 ans	LF		RA		RHP	
	absolue	Pas LF absolue		Pas RA		Pas RHP
Personne seule	18,2	13,4	19,4	13,5 ⁽¹⁾	20,3	13,3
Monoparentale	14,9	9,2 ⁽²⁾	14,7	9,5	15,0	9,2
Couple sans enfant	13,1	16,1	11,5	16,0	13,8	16,1
Couple avec enfant	44,7	56,3	49,3	55,6	40,8	56,3
Autre type de ménage	9,1	5,1	5,1	5,4	10,1	5,1
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectifs	450	1531	367	1615	499	1464
p	S*		S*		S**	

NS : non significatif ; S* p<0,05 ; S** p<0,01 ; S*** p<0,001.

En gras : différences significatives à 5% entre handicap/pas de handicap

(1) p=0,0538

(2) p=0,0646

Tableau 12 : Répartition des personnes de 20-59 ans ayant une limitation fonctionnelle absolue, une restriction d'activité et une reconnaissance administrative d'un handicap selon le type de ménage en Île-de-France et hors Île-de-France (en %)

20-59 ans	LF		RA		RHP	
	IdF	HIdF	IdF	HIdF	IdF	HIdF
Personne seule	18,2	15,8	19,4	16,7	20,3	18,9
Monoparentale	14,9	11,8	14,7	12,9	15,0	13,3
Couple sans enfant	13,1	21,7	11,5	21,6	13,8	24,3
Couple avec enfant	44,7	45,5	49,3	42,5	40,8	37,8
Autre type de ménage	9,1	5,3	5,1	6,3	10,1	5,6
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectifs	450	3294	367	2625	499	3730
p	NS		S*		S*	

NS : non significatif ; S* p<0,05 ; S** p<0,01 ; S*** p<0,001.

En gras : différences significatives à 5% entre Île-de-France / hors Île-de-France

Type de ménage

Il s'agit ici de décrire la situation de fait que vit la personne, indépendamment de son statut marital : vivre seul, vivre en couple, avec ou sans enfants ou vivre avec d'autres personnes mais pas en couple. Compte tenu de situations qui peuvent différer selon l'âge, les analyses ont été réalisées sur les deux classes 20-59 ans et 60 ans ou plus.

Les personnes handicapées vivent plus souvent seules, dans une famille monoparentale ou dans un autre type de ménage

La comparaison des modes de vie des personnes ayant au moins un handicap et des autres (tab.11 et annexe 6) montre que :

- les personnes vivant seules sont sur-représentées : chez les 20-59 ans, environ 2 personnes sur 10 ayant une limitation fonctionnelle, une restriction d'activité ou une reconnaissance administrative contre 1 sur 10 pour les autres ; chez les personnes de 60 ans ou plus, de 4 à 5 personnes sur 10 ayant une limitation fonctionnelle absolue ou une restriction d'activité contre 3 sur 10 pour les autres,
- les familles monoparentales sont sur-représentées chez les personnes de 20-59 ans handicapées : 15% vs 9% chez les autres,
- les ménages d'un autre type que personne seule, en couple ou famille monoparentale sont au moins deux fois plus fréquents chez les personnes handicapées que chez les autres mais les différences ne sont significatives que chez les personnes de 60 ans ou plus ayant une LF absolue ou une restriction d'activité, situation qui peut en partie s'expliquer par la nécessaire présence d'aidants familiaux avec lesquels ils vivent.

La comparaison des situations des personnes ayant un handicap entre l'Île-de-France et le reste de la France (tab.12 et annexe 7) montre assez peu de différences significatives. Il n'y a ainsi pas de différences significatives quant au mode de vie entre l'Île-de-France et le reste de la France parmi les personnes ayant au moins une limitation fonctionnelle absolue, quelle que soit la catégorie d'âge. Chez les personnes de 20-59 ans ayant une restriction d'activité ou une reconnaissance d'un handicap, les proportions de couples sans enfants sont plus faibles en Île-de-France, non compensées par des proportions plus élevées de couples avec enfants (différences non significatives).

Tableau 13 : Diplôme ou niveau d'études des personnes résidant en Île-de-France selon la présence d'un handicap ou non (en %)

20-59 ans	LF	Pas LF	RA	Pas RA	RHP	Pas RHP
Diplôme supérieur	18,9	45,8	15,2	45,0	27,6	45,1
Bac, équ.	13,9	19,1	8,8	19,1	9,1	19,2
BEP, CAP, sup. collège	30,4	18,7	29,5	19,1	25,8	19,1
Brev. coll, BEPC, collège	18,0	8,9	14,7	9,3	14,9	9,0
CEP, niv. Primaire	13,6	6,0	20,3	6,0	14,3	6,1
Pas école, pas dipl, inconnu	5,3	1,7	11,4	1,6	8,3	1,6
<i>Ensemble</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>
<i>Effectifs</i>	<i>450</i>	<i>1533</i>	<i>367</i>	<i>1617</i>	<i>499</i>	<i>1466</i>
<i>p</i>	<i>S***</i>		<i>S***</i>		<i>S***</i>	
60 ans ou plus						
Diplôme supérieur	11,5	27,8	15,0	25,9	15,5	24,7
Bac, équ.	14,0	8,2	14,6	8,2	8,8	9,9
BEP, CAP, sup. collège	16,2	20,4	17,2	19,9	17,3	19,9
Brev. coll, BEPC, collège	10,1	13,6	10,7	13,2	15,5	11,7
CEP, niv. Primaire	42,1	27,0	37,9	29,1	37,4	30,2
Pas école, pas dipl, inconnu	6,2	3,0	4,7	3,6	5,6	3,6
<i>Ensemble</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>
<i>Effectifs</i>	<i>623</i>	<i>773</i>	<i>585</i>	<i>812</i>	<i>372</i>	<i>989</i>
<i>p</i>	<i>S***</i>		<i>S**</i>		<i>NS</i>	

NS : non significatif ; S* p<0,05 ; S** p<0,01 ; S*** p<0,001.

Tableau 14 : Diplôme ou niveau d'études des personnes ayant une LF absolue, une RA ou une RHP en Île-de-France et hors Île-de-France (en %)

20-59 ans	LF		RA		RHP	
	IdF	HIdF	IdF	HIdF	IdF	HIdF
Diplôme supérieur	18,9	9,7	15,2	10,9	27,6	9,4
Bac, équ.	13,9	12,8	8,8	10,9	9,1	9,8
BEP, CAP, sup. collège	30,4	37,8	29,5	31,2	25,8	38,9
Brev. coll, BEPC, collège	18,0	20,2	14,7	20,2	14,9	18,4
CEP, niv. Primaire	13,6	14,2	20,3	18,1	14,3	18,2
Pas école, pas dipl, inconnu	5,3	5,2	11,4	8,7	8,3	5,3
<i>Ensemble</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>
<i>Effectifs</i>	<i>450</i>	<i>3295</i>	<i>367</i>	<i>2626</i>	<i>499</i>	<i>3730</i>
<i>p</i>	<i>NS⁽¹⁾</i>		<i>NS</i>		<i>S***</i>	
60 ans ou plus						
Diplôme supérieur	11,5	4,7	15,0	3,9	15,5	5,9
Bac, équ.	14,0	4,3	14,6	4,5	8,8	4,9
BEP, CAP, sup. collège	16,2	13,5	17,2	10,9	17,3	17,4
Brev. coll, BEPC, collège	10,1	8,5	10,7	8,7	15,5	8,5
CEP, niv. Primaire	42,1	63,3	37,9	65,7	37,4	57,1
Pas école, pas dipl, inconnu	6,2	5,7	4,7	6,2	5,6	6,2
<i>Ensemble</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>
<i>Effectifs</i>	<i>623</i>	<i>4546</i>	<i>585</i>	<i>4307</i>	<i>372</i>	<i>2499</i>
<i>p</i>	<i>S***</i>		<i>S***</i>		<i>S***</i>	

NS : non significatif ; S* p<0,05 ; S** p<0,01 ; S*** p<0,001. (1) p=0,0502

Formation

En Île-de-France, 3 à 4 personnes handicapées sur 10 n'ont pas de diplôme vs 1 personne sur 10 pour l'ensemble de la population

La proportion de personnes handicapées n'ayant pas de diplôme est très élevée : elle s'élève, en Île-de-France, chez les 20-59 ans, à 32% des personnes ayant une LF absolue, 37% de celles ayant une RA et 28% de celles ayant une RHP vs 11% des autres (résultats non représentés ici). L'absence de diplôme ne permettant pas de savoir si la personne a été scolarisée et le cas échéant jusqu'à quel niveau, une variable combinant diplôme obtenu et niveau d'étude a été créée. A 20-59 ans ou à 60 ans ou plus, les personnes ayant un handicap, quel que soit le critère, ont un niveau de formation inférieur aux personnes ne présentant pas ces limitations, restriction ou reconnaissance. En Île-de-France, si 45% des personnes n'ayant pas de LF, RA ou RHP ont un diplôme du supérieur, cela ne concerne que 15% de celles ayant une restriction d'activité et 28% de celles ayant une reconnaissance d'un handicap (tab.13). A l'inverse, la proportion de personnes de 20-59 ans ayant un niveau inférieur ou égal au niveau collège s'élève à environ 4 sur 10 (46% pour celles ayant une RA, 37% pour celles ayant une LF absolue ou une RHP) contre 17% des autres. A 60 ans ou plus, des tendances comparables sont observées, avec un niveau d'études inférieur pour tout le monde, dû à l'effet de génération.

Les Franciliens handicapés ont un niveau d'études plus élevé que leurs homologues hors Île-de-France

Comme observé en population générale, les Franciliens ayant un handicap parmi les trois critères sont plus diplômés que leurs homologues hors Île-de-France, particulièrement chez les personnes de 60 ans ou plus, plus nombreuses à avoir un diplôme de niveau Bac ou plus et moins nombreuses à avoir un niveau d'études inférieur au collège (tab.14). Chez les 20-59 ans, les différences entre Île-de-France et reste de la France ne sont statistiquement significatives que pour les personnes ayant une reconnaissance d'un handicap chez lesquelles les Franciliens sont plus nombreux à avoir un diplôme de supérieur ou égal au Bac. Pour les personnes ayant une limitation fonctionnelle absolue, la différence Île-de-France / reste de la France est proche de la significativité et montre une proportion plus élevée de personnes diplômées du Bac ou plus.

L'Île-de-France, avec une offre d'emplois qualifiés plus importante qu'en province, est très attractive pour les jeunes diplômés (De Berny, 2012). De plus, elle est une région où l'offre de formation, notamment pour l'enseignement supérieur, est dense. Ces constats pour l'ensemble de la population semblent se retrouver pour la population handicapée. Si la région francilienne est attractive pour les jeunes diplômés, y compris ceux ayant un handicap, il convient de regarder la situation vis-à-vis de l'emploi pour savoir si l'accès à la formation est favorisé en Île-de-France.

Tableau 15 : Situation vis-à-vis de l'emploi des 20-59 ans selon la présence d'une LF absolue, d'un RA ou d'une RHP en Île-de-France et hors Île-de-France (en %)

	Île-de-France		Hors Île-de-France	
	LF absolue	Pas de LF absolue	LF absolue	Pas de LF absolue
Occupe un emploi	57,0	79,8	50,5	75,5
Chômeur	19,0	5,6	11,2	7,2
Etudiant, formation	0,4	8,0	2,6	5,6
Pré-retraité, retraité	1,3	1,1	2,7	3,2
Au foyer	2,9	4,5	9,7	6,5
Autre situation	19,4	1,2	23,3	2,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
n	450	1533	3295	9127
p IdF / HIdF	S***	S***		
	RA	Pas de RA	RA	Pas de RA
Occupe un emploi	33,4	79,8	36,3	75,5
Chômeur	20,4	6,1	10,4	7,4
Etudiant, formation	1,4	7,6	1,4	5,2
Pré-retraité, retraité	2,8	1,0	2,4	3,2
Au foyer	4,7	4,3	12,4	6,5
Autre situation	37,4	1,2	37,2	2,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
n	367	1617	2626	9800
p IdF / HIdF	S**	S***		
	RHP	Pas de RHP	RHP	Pas de RHP
Occupe un emploi	45,8	80,2	44,5	76,2
Chômeur	11,6	6,2	10,2	7,3
Etudiant, formation	1,5	7,7	0,8	5,4
Pré-retraité, retraité	1,8	1,0	4,1	3,0
Au foyer	4,8	4,3	4,5	7,1
Autre situation	34,5	0,5	36,0	1,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
n	499	1466	3730	8646
p IdF / HIdF	NS	S***		

NS : non significatif ; S* p<0,05 ; S** p<0,01 ; S*** p<0,001.

Tableau 16 : Proportion de personnes de 20-59 ans actives* en situation de chômage selon la présence d'une LF absolue, d'une RA ou d'une RHP (en %)

	IdF	HIdF	p
Limitation fonctionnelle absolue	25,1	18,1	NS
Pas de LF absolue	6,6	8,7	NS
Restriction d'activité	38,0	22,3	S*
Pas de restriction d'activité	7,0	9,0	NS
Reconnaissance handicap	20,2	18,6	NS
Pas de reconnaissance handicap	7,2	8,8	NS

NS : non significatif ; S* p<0,05 ; S** p<0,01 ; S*** p<0,001.

* Population active : personnes occupant un emploi, au chômage, apprenti, stagiaires rémunérés

Situation vis-à-vis de l'emploi

A 20-59 ans, un tiers des Franciliens ayant une restriction d'activité occupent un emploi contre 8 sur 10 parmi ceux n'ayant pas de restriction d'activité

La proportion de personnes de 20-59 ans occupant un emploi, parmi celles ayant un handicap, est très inférieure à celle des personnes n'en ayant pas (tab.15). C'est lorsqu'il y a une restriction d'activité que cette proportion est la plus faible, 33% en Île-de-France contre 80% de celles n'en ayant pas.

Si les personnes handicapées sont plus souvent inactives que les autres, elles ne le sont pas plus en Île-de-France que dans le reste de la France

Chez les Franciliens de 20-59 ans ayant une restriction d'activité, 4 sur 10 sont inactives (hors étudiants ou retraités) vs 6% de ceux n'ayant pas de restriction d'activité. Les proportions d'inactifs (hors étudiants et retraités) sont comparables entre l'Île-de-France et le reste de la France, sauf pour les personnes ayant une LF absolue chez lesquelles les inactifs sont moins nombreux en Île-de-France (22% vs 33% hors Île-de-France). Moins le niveau d'études est élevé, plus le risque pour les personnes handicapées d'être inactives est grand (annexe 8). Par ailleurs, l'hypothèse déjà évoquée d'un meilleur accès à la formation en Île-de-France ne semble pas se vérifier ici, avec des proportions d'étudiants ou de personnes en formation parmi les personnes ayant un handicap pas plus élevées en Île-de-France que dans le reste de la France (tab.15).

Le taux de chômage des Franciliens ayant une restriction d'activité deux fois plus élevé en Île-de-France que dans le reste de la France

Parmi les actifs de 20-59 ans, le taux de chômage (nombre de chômeurs rapporté à la population active) est significativement plus élevé chez les personnes ayant une LF absolue, une RA ou une RHP que chez les autres (tab.16). Le taux de chômage semble toujours plus élevé chez les personnes handicapées en Île-de-France que dans le reste de la France, même s'il n'est statistiquement différent que pour les personnes ayant une restriction d'activité, 38% contre 22% dans le reste de la France. De plus, en Île-de-France, l'écart entre le taux de chômage des personnes présentant un handicap, quel que soit le critère, et celles n'en présentant pas est toujours plus élevé que dans le reste de la France (tab.16). Les personnes handicapées moins diplômées (niveau BEPC ou niveau primaire) sont plus touchées par le chômage (annexe 9a) sauf parmi celles ayant une reconnaissance administrative chez lesquelles aucune différence n'est observée selon le niveau d'études. Les personnes jamais scolarisées, qui ont pour 6 sur 10 d'entre elles, un emploi en Esat ou dans une entreprise adaptée sont moins concernées par le chômage. Si en population générale, les PCS professions intermédiaires, employés, ouvriers, agriculteurs ont un risque plus élevé de chômage que les cadres, ces différences ne se retrouvent pas chez les personnes ayant un handicap (annexe 9b).

Tableau 17 : Fréquence de sortie du domicile des personnes ayant une LF absolue, une restriction d'activité ou une reconnaissance administrative d'un handicap en Île-de-France (en %)

	20-59 ans						60 ans ou plus					
	LF absolue		RA		RHP		LF absolue		RA		RHP	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Tous les jours ou presque	84,1	99,0	72,6	98,8	79,6	99,0	60,9	93,0	51,1	94,6	66,5	87,1
Au moins 1 fois/semaine	9,6	1,0	14,9	1,1	13,4	0,9	19,4	6,4	26,2	4,9	17,9	8,7
Plus rarement	3,5	0	6,9	0	3,6	0	12,1	0,5	13,9	0,5	9,9	2,7
Jamais	2,8	0	5,6	0	3,4	0	7,6	0,0	8,8	0,0	5,7	1,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
p	S***		S***		S***		S***		S***		S***	
<i>Effectifs</i>	450	1531	367	1615	499	1466	619	773	582	810	373	989

NS : non significatif ; S* p<0,05 ; S** p<0,01 ; S*** p<0,001.

Tableau 18 : Fréquence de sortie du domicile des personnes ayant au moins une limitation fonctionnelle absolue / grave, une restriction d'activité ou une reconnaissance administrative d'un handicap/perte d'autonomie en Île-de-France et hors Île-de-France (en %)

	LF absolue				RA				RHP			
	20-59 ans		60 ans ou +		20-59 ans		60 ans ou +		20-59 ans		60 ans ou +	
	IdF	HIdF	IdF	HIdF	IdF	HIdF	IdF	HIdF	IdF	HIdF	IdF	HIdF
Tous les jours ou presque	84,1	81,5	60,9	51,9	72,6	71,7	51,1	44,6	79,6	82,7	66,5	57,6
Au moins une fois par semaine	9,6	13,8	19,4	26,0	14,9	20,5	26,2	29,3	13,4	13,1	17,9	22,4
Plus rarement	3,5	3,6	12,1	12,7	6,9	5,9	13,9	15,2	3,6	3,2	9,9	10,5
Jamais	2,8	1,2	7,6	9,4	5,6	2,0	8,8	10,9	3,4	1,0	5,7	9,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
p	NS		S*		NS		NS		NS		NS	
<i>Effectifs</i>	450	3289	618	4529	367	2624	582	4292	499	3731	372	2499

NS : non significatif ; S* p<0,05 ; S** p<0,01 ; S*** p<0,001.

Sorties du domicile

Des sorties du domicile moins fréquentes chez les personnes ayant un handicap

Il existe un lien significatif entre la fréquence des déplacements hors du domicile (n'incluant pas les déplacements dans le jardin du domicile) et la présence d'une limitation fonctionnelle absolue, d'une restriction d'activité ou d'une reconnaissance d'un handicap/perte d'autonomie, que ce soit chez les adultes de moins de 60 ans ou chez les 60 ans ou plus. Chez les personnes de 20-59 ans résidant en Île-de-France, alors qu'aucune n'a déclaré se déplacer moins d'une fois par semaine lorsqu'elles n'ont pas de LF absolue ou pas de RA ou pas de RHP, ce sont 6% de celles ayant une LF absolue, 7% de celles ayant une RHP ou 13% de celles ayant une RA qui ont déclaré se déplacer hors de leur domicile moins d'une fois par semaine (tab. 17). Chez celles de 60 ans ou plus, les écarts sont encore plus marqués lorsqu'il y a présence d'un handicap ou non : 23% des personnes ayant une RA (0,5% de celles n'en ayant pas) déclarent se déplacer moins d'une fois par semaine, 20% de celles ayant une LF absolue (0,5% de celles n'ayant pas de LF), et 16% de celles ayant une RHP (4% de celles n'en ayant pas). Parmi les différents critères de handicap, ce sont les personnes ayant une restriction d'activité qui déclarent le plus souvent des limitations dans les sorties du domicile, particulièrement chez les moins de 60 ans. L'absence totale de sortie du domicile est déclarée par 6% des 20-59 ans ayant une restriction d'activité contre 3% de ceux ayant une LF ou une RHP.

La fréquence de déplacement hors du domicile diminue fortement avec l'âge : chez les personnes ayant une RA par exemple, 51% des 60 ans déclarent sortir tous les jours contre 73% des 20-59 ans, et 23% sortent moins d'une fois par semaine contre 13% des 20-59 ans.

Peu de différences entre l'Île-de-France et le reste de la France chez les personnes handicapées

Pour un même critère de handicap (LF absolue, RA ou RHP) et pour les moins de 60 ans, les fréquences de sortie du domicile ne diffèrent pas entre l'Île-de-France et le reste de la France (tab. 18). Seuls les Franciliens de 60 ans ou plus ayant une LF absolue sont un peu plus nombreux que leurs homologues du reste de la France à sortir de leur domicile tous les jours ou presque, respectivement 61% et 52% hors Île-de-France (tab. 18).

Les sorties du domicile limitées par l'état de santé pour au moins 6 personnes sur 10 ayant un handicap

Parmi les personnes handicapées de 20 ans ou plus ayant déclaré se déplacer plus rarement qu'une fois par semaine ou jamais, la raison la plus fréquemment citée est « votre état de santé ne vous le permet pas » : cela concerne 60% des Franciliens ayant une RA, 61% de ceux ayant une LF et 65% de celles ayant une RHP. Ces proportions sont comparables entre l'Île-de-France et le reste de la France.

La deuxième raison la plus fréquemment citée est l'absence d'envie de sortir qui concerne 25% des Franciliens ayant une LF absolue ou une RA et 22% de ceux ayant une RHP, proportions comparables entre elles et également entre l'Île-de-France et le reste de la France.

Les autres raisons sont citées moins fréquemment mais dans des proportions non négligeables :

- « Vous êtes angoissé à l'idée de sortir », 14% des Franciliens de 20 ans ou plus ayant au moins une limitation fonctionnelle ou une restriction d'activité (15% hors Île-de-France pour ceux ayant une restriction d'activité, 14% pour ceux ayant une limitation fonctionnelle absolue),
- l'absence d'aide pour sortir : absence d'aide humaine pour 12% des personnes ayant une LF absolue ou une RA et pour 17% de celles ayant une RHP (différence significative) ; absence d'aide technique pour 5% des personnes ayant une LF ou une RA et 9% de celles ayant une RHP (différence non significative). Les proportions sont comparables entre l'Île-de-France et le reste de la France,

- « l'entourage ne souhaite pas que vous sortiez », raison citée par 9% des Franciliens ayant une LF absolue ou une RA, et 11% de ceux ayant une RHP, et dans des proportions comparables entre l'Île-de-France et le reste de la France,

- un environnement non adapté (voirie, lieux, modes de transport), cité par 6% des Franciliens ayant une LF absolue ou une RA et 9% de ceux ayant une RHP. Ces proportions sont comparables entre l'Île-de-France et le reste de la France.

Si seule la première raison « votre état de santé ne vous le permet pas » fait clairement référence à la santé, l'absence d'envie de sortir, l'angoisse à l'idée de sortir, l'entourage qui ne souhaite pas les sorties peuvent être associées à la santé psychique. L'absence d'aide pour sortir et l'environnement non adapté sont également associés à une situation de santé altérée ou de handicap.

D'autres raisons qui semblent assez éloignées de la présence d'un handicap ou d'un état de santé altéré sont la nécessité de rester chez soi (pour d'autres raisons que l'état de santé), citée par 8% des personnes ayant une LF ou une RA et l'absence de besoin de se déplacer, citée par 8% des personnes ayant une LF et 7% ayant une RA.

Facteurs environnementaux : accessibilité des transports et des lieux, discriminations

Tableau 19 : Difficultés d'utilisation des transports en commun selon la présence d'une limitation fonctionnelle absolue, d'une restriction d'activité ou d'une reconnaissance administrative d'un handicap en Île-de-France (en %)

20-59 ans	LF		RA		RHP	
	LF	Pas LF	RA	Pas RA	RHP	Pas RHP
Pas/peu transports en commun	3,3	2,5	2,3	2,7	1,7	2,6
Non	71,5	96,0	49,7	95,8	66,0	96,0
Oui un peu	9,5	1,1	18,6	1,1	14,8	0,9
Oui beaucoup	8,1	0,4	14,0	0,4	8,0	0,5
Oui je ne peux pas les utiliser	7,6	0,1	15,4	0,1	9,4	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Effectifs</i>	<i>440</i>	<i>1530</i>	<i>357</i>	<i>1614</i>	<i>491</i>	<i>1463</i>
	S***		S***		S***	

NS : non significatif ; S* p<0,05 ; S** p<0,01 ; S*** p<0,001.

Question non posée aux personnes déclarant ne jamais sortir de chez elles

Tableau 20 : Difficultés d'utilisation des transports en commun chez les personnes ayant une limitation fonctionnelle absolue, une restriction d'activité ou une reconnaissance d'un handicap / perte d'autonomie en Île-de-France et hors Île-de-France* (en %)

20-59 ans	LF absolue/grave		RA		RHP	
	IdF	HIdF	IdF	HIdF	IdF	HIdF
Non	74,0	81,1	50,9	67,5	67,2	80,8
Oui un peu	9,8	6,3	19,0	11,2	15,1	6,3
Oui beaucoup	8,3	5,5	14,3	8,6	8,2	5,4
Oui je ne peux pas les utiliser	7,9	7,1	15,8	12,7	9,6	7,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Effectifs</i>	<i>426</i>	<i>2515</i>	<i>348</i>	<i>2010</i>	<i>480</i>	<i>2810</i>
	S*		S***		S***	

NS : non significatif ; S* p<0,05 ; S** p<0,01 ; S*** p<0,001.

* Ont été exclues ici les personnes ayant répondu qu'il y avait peu ou pas de transports en commun

Question non posée aux personnes déclarant ne jamais sortir de chez elles

Accessibilité des transports en commun

De fréquentes difficultés d'utilisation des transports en commun parmi les personnes ayant au moins l'un des trois critères de handicap

Quel que soit le groupe d'âge, les personnes ayant au moins l'un des trois critères de handicap sont beaucoup plus nombreuses que les autres à éprouver des difficultés dans l'utilisation des transports en commun. Chez les personnes de 20-59 ans, entre 25% (pour celles ayant une limitation fonctionnelle absolue) et 48% (pour celles ayant une restriction d'activité) déclarent des difficultés d'utilisation des transports en commun contre moins de 2% pour les autres (tab.19). L'impossibilité d'utiliser les transports en commun concerne 15% des personnes ayant une restriction d'activité et près de 10% de celles ayant une reconnaissance d'un handicap. Chez les personnes de 60 ans ou plus, des tendances comparables sont observées, dans des proportions beaucoup plus importantes (annexe 10). Quatre personnes sur 10 (ayant une reconnaissance d'un handicap/perte d'autonomie) à 6 personnes sur 10 (ayant une restriction d'activité) ont des difficultés d'utilisation des transports en commun contre 5% à 15% chez les personnes n'ayant pas ces handicaps (annexe 10). L'impossibilité d'utiliser les transports concerne au minimum 2 personnes sur 10 ayant une reconnaissance d'un handicap/perte d'autonomie et 3 personnes sur 10 ayant une restriction d'activité.

Des difficultés d'utilisation des transports en commun plus fréquentes en Île-de-France que dans le reste de la France

L'offre en transports en commun étant plus importante en Île-de-France que dans le reste de la France, ont été exclues pour les comparaisons entre zones géographiques les personnes qui ont déclaré qu'il y avait peu ou pas de transports en commun.

La comparaison Île-de-France / reste de la France montre que c'est surtout chez les personnes de 20-59 ans que les difficultés d'utilisation des transports en commun sont plus fréquentes en Île-de-France que dans le reste de la France (tab.20). Ainsi, 30% des Franciliens ayant une restriction d'activité ont beaucoup de difficultés ou ne peuvent pas du tout les utiliser contre 21% des non Franciliens, ces proportions étant respectivement de 18% et 13% chez ceux ayant une reconnaissance d'un handicap. L'ancienneté du réseau ferroviaire et du métro peut expliquer cette moindre accessibilité des transports franciliens. Chez les personnes de 60 ans ou plus, les différences entre l'Île-de-France et le reste de la France ne sont significatives que pour celles ayant une restriction d'activité (annexe 11). Chez celles-ci, 46% ont beaucoup de difficultés ou ne peuvent pas du tout contre 39% hors Île-de-France. L'absence de différence entre l'Île-de-France et le reste de la France peut notamment s'expliquer par une utilisation moins fréquente des transports en commun dans le reste de la France qu'en Île-de-France et par une moins grande nécessité des personnes de 60 ans ou plus d'utilisation des transports en commun (pas de déplacements pour se rendre au travail par exemple).

Tableau 21 : Raisons évoquées par les personnes ayant déclaré avoir des difficultés d'utilisation des transports en commun et ayant au moins une limitation fonctionnelle absolue en Île-de-France et Hors Île-de-France (plusieurs réponses possibles, en %)

<i>Difficultés pour...</i>	20-59 ans			60 ans et plus		
	IdF	HIdF	p	IdF	HIdF	p
Vous rendre aux transports	29,5	31,4	NS	37,4	43,1	NS
Monter ou descendre des véhicules	56,7	49,4	NS	75,4	78,4	NS
Repérer votre itinéraire dans les transports en commun	22,2	25,2	NS	14,3	21,1	NS
Rester debout lors des trajets	54,5	40,9	S*	59,4	47,3	S*
Autres raisons	33,7	31,3	NS	23,5	18,4	NS
<i>Effectifs</i>	<i>201</i>	<i>890</i>		<i>345</i>	<i>1605</i>	

NS : non significatif ; S* p<0,05 ; S** p<0,01 ; S*** p<0,001.

Question non posée aux personnes déclarant ne jamais sortir de chez elles

Monter et descendre des transports en commun et rester debout lors des trajets sont les deux premières raisons rendant difficiles leur utilisation

Quel que soit le critère de handicap, la raison qui arrive largement en tête chez les personnes de 60 ans ou plus et qui est citée parmi les premières raisons par celles de 20-59 ans ayant des difficultés d'utilisation des transports en commun est de monter ou de descendre des véhicules (tab.21, annexes 12 et 13). Cela concerne de 7 à 8 personnes sur 10 de 60 ans ou plus et plus de la moitié des personnes de 20-59 ans. Cette raison est citée dans des proportions comparables entre l'Île-de-France et le reste de la France.

Quel que soit le critère de handicap, la deuxième raison la plus souvent citée par les personnes ayant des difficultés dans les transports, et citée dans des proportions comparables que la première raison par les personnes de 20-59 ans, est la difficulté de rester debout lors des trajets. Cette raison est significativement plus souvent citée en Île-de-France que dans le reste de la France (tab.21, annexes 12 et 13) : cela concerne près de 6 personnes handicapées sur 10 en Île-de-France et ayant des difficultés d'utilisation des transports en commun contre de 4 à 5 personnes sur 10 hors Île-de-France. Cette plus grande difficulté francilienne peut s'expliquer par la forte affluence du réseau de transport francilien.

La troisième raison est la difficulté de se rendre aux transports, raison citée de manière comparable entre l'Île-de-France et le reste de la France, et dans des proportions plus élevées à 60 ans et plus qu'à 20-59 ans. Cette raison peut en couvrir de nombreuses autres, liées à l'environnement (accessibilité des voiries, présence d'escaliers, rues à traverser, etc.) mais aussi des difficultés d'ordre cognitif telles que se repérer pour se rendre aux transports, etc.

D'autres raisons, citées par un tiers des personnes de 20-59 ans, ne sont toutefois pas détaillées.

Tableau 22 : Proportion de personnes de 20-59 ans déclarant que certains lieux leur sont difficiles ou impossibles d'accès selon l'existence d'une limitation fonctionnelle absolue en Île-de-France et hors Île-de-France (en %)

20-59 ans	IdF			HIdF			p IdF/HIdF
	LF absolue	Pas LF	p	LF absolue	Pas LF	p	
%	11,7	0,3	S***	9,6	0,5	S***	NS
Effectifs	440	1530		3192	9110		
	RA	Pas RA	p	RA	Pas RA	p	p IdF/HIdF
%	20,8	0,4	S***	15,9	0,5	S***	NS
Effectifs	357	1614		2529	9776		
	RHP	Pas RHP	p	RHP	Pas RHP	p	p IdF/HIdF
%	15,2	0,3	S***	10,0	0,5	S***	S**
Effectifs	491	1463		3641	8625		

Question non posée aux personnes déclarant ne jamais sortir de chez elles.

NS : non significatif ; S* p<0,05 ; S** p<0,01 ; S*** p<0,001.

Tableau 23 : Lieux difficiles ou impossibles d'accès pour les personnes ayant au moins une limitation fonctionnelle absolue en Île-de-France et hors Île-de-France (en % des personnes ayant déclaré des difficultés pour accéder à certains lieux)

	20-59 ans			60 ans +		
	IdF	HIdF	p	IdF	HIdF	p
Ville ou centre-ville	55,1	67,7	NS	72,5	78,4	NS
Services publics	46,8	53,4	NS	74,9	68,0	NS
Commerces, services de proximité	49,9	49,1	NS	64,4	62,3	NS
Supermarché, centre commercial	49,8	49,2	NS	71,7	61,4	NS
Ets scolaires, enseignement sup	26,6	19,8	NS	23,6	21,5	NS
Lieux emploi	19,4	12,8	NS	17,3	15,5	NS
Locaux dans lieu de travail	17,2	12,9	NS	17,0	14,4	NS
Lieux promenade, jardin public	42,2	37,9	NS	53,1	48,8	NS
Lieux de soins médicaux	35,8	42,7	NS	58,9	48,8	NS
Lieux de restauration, cafés	36,4	38,8	NS	46,6	43,0	NS
Lieux loisirs (ciné, etc.)	52,9	53,3	NS	66,1	55,4	NS
Chez les proches	38,2	38,3	NS	51,9	45,4	NS
Bureau de vote	30,0	24,8	NS	43,2	40,0	NS
Cimetière, lieux de culte	25,7	28,0	NS	45,6	44,2	NS
<i>n</i>	100	593		168	1077	

Question non posée aux personnes déclarant ne jamais sortir de chez elles

NS : non significatif ; S* p<0,05 ; S** p<0,01 ; S*** p<0,001.

Accessibilité des lieux

Entre 12% et 30% des Franciliens handicapés éprouvent des difficultés pour accéder à certains lieux

Les personnes ayant au moins un des trois critères de handicap sont significativement plus nombreuses à déclarer que certains lieux leur sont difficiles d'accès, voire impossible d'accès (tab.22, annexe 14). En Île-de-France, chez les 20-59 ans, la proportion de personnes ayant déclaré ces difficultés d'accès varie de 12% (pour celles ayant une limitation fonctionnelle absolue) à 21% (pour celles ayant une restriction d'activité). Chez les 60 ans ou plus, cette proportion varie de 22% (pour celles ayant une LF ou une RHP) à 30% (pour celles ayant une RA).

La comparaison entre l'Île-de-France et le reste de la France ne montre des différences significatives que pour les personnes de 60 ans ou plus ayant une restriction d'activité et celles de 20-59 ans ayant une reconnaissance d'un handicap, chez lesquelles des proportions plus élevées de personnes en Île-de-France déclarent des difficultés d'accessibilité de certains lieux.

La ville ou centre-ville, les services de proximité, les commerces et les services publics parmi les lieux déclarés les plus difficilement accessibles

Les lieux les plus souvent cités par les personnes handicapées ayant déclaré que certains lieux étaient difficiles ou impossibles d'accès sont ceux de l'environnement du cadre de vie, incluant les services et commerces : la ville ou le centre-ville, les services de proximité, les commerces, supermarché ou centre commercial, les lieux de loisirs tels que les cinémas. Ces lieux sont cités par au moins la moitié des personnes de 20-59 ans ayant déclaré des difficultés d'accès à certains lieux et environ 7 personnes sur 10 de 60 ans ou plus, quel que soit le critère retenu pour définir le handicap (tab. 23, annexe 15). La comparaison entre l'Île-de-France et le reste de la France montre que dans le reste de la France, ce sont les mêmes lieux qui sont cités le plus souvent et que les différences Île-de-France / reste de la France ne sont pas significatives.

Tableau 24 : Raisons pour lesquelles les lieux sont difficiles / impossibles d'accès citées par les personnes ayant au moins une limitation fonctionnelle absolue en Île-de-France et hors Île-de-France (en % des personnes déclarant que certains lieux sont difficiles d'accès, plusieurs réponses possibles)

	20-59 ans			60 ans +		
	IdF	HIdF	p	IdF	HIdF	p
Environnement physique inadapté	67,1	65,0	NS	67,9	68,4	NS
Signalétique inadaptée	6,2	4,3	NS	1,5	3,6	NS
Accueil humain inadapté	13,5	15,0	NS	17,7	7,9	S*
Accueil matériel inadapté	14,2	24,7	S*	21,1	17,1	NS
Pas de places de stationnement	9,0	17,8	S*	6,8	13,6	NS
Difficulté de s'orienter	3,6	4,6	NS	1,0	5,4	S**
Attitudes négatives des gens	6,1	14,7	S*	7,9	2,8	S*
Autres raisons	32,4	28,8	NS	28,4	29,7	NS
<i>n</i>	100	596		170	1099	

NS : non significatif ; S* $p < 0,05$; S** $p < 0,01$; S*** $p < 0,001$.

Question non posée aux personnes déclarant ne jamais sortir de chez elles

Les lieux difficiles d'accès à cause d'un environnement physique inadapté

Quel que soit le critère retenu pour définir le handicap et quel que soit le groupe d'âge, environ 7 Franciliens handicapés sur 10 (6 sur 10 pour les personnes de 20-59 ans ayant une reconnaissance d'un handicap / perte d'autonomie) ayant déclaré que certains lieux étaient difficiles ou impossibles d'accès citent l'environnement physique inadapté, à savoir l'absence de rampe d'accès ou d'ascenseur ou l'impraticabilité des escaliers ou du cheminement de plain-pied (tab.24, annexes 16 et 17). Hormis la catégorie « autres raisons », qui est citée en deuxième, un accueil humain inadapté (communication difficile, manque d'écoute ou d'attention, multiplicité des interlocuteurs, personnels d'accueil non spécialisés, etc.) est cité par 12% à 14% (selon le critère de handicap retenu) des personnes de 20-59 ans ayant déclaré des difficultés d'accès à certains lieux et par 16% à 18% de celles de 60 ans ou plus (tab.24, annexes 16 et 17). Un accueil matériel inadapté (mauvaise configuration des lieux, absence de guichet isolé, pas d'espace d'attente aménagé, etc.) est cité par 13% à 16% (selon le critère de handicap) des personnes de 20-59 ans ayant cité des difficultés d'accès à certains lieux et par 19% à 21% de celles de 60 ans ou plus (tab.24, annexes 16 et 17).

Un accueil humain inadapté et les attitudes négatives des gens plus souvent cités par les Franciliens ayant un handicap que les non Franciliens

Les comparaisons Île-de-France / reste de la France montrent que :

- les personnes de 60 ans ou plus vivant en Île-de-France déclarent plus souvent que l'accueil humain est inadapté : cela concerne 16% à 18% d'entre elles (selon le critère de handicap) contre 7% à 8% hors Île-de-France (tab.24, annexes 16 et 17), ce qui pourrait s'expliquer par la forte affluence en Île-de-France et la moindre disponibilité des gens dans les lieux accueillant du public,
- les Franciliens de 60 ans ou plus déclarent plus souvent l'attitude négative des gens (moqueries, rejet...) comme rendant plus difficile l'accès aux lieux que les non Franciliens : cela concerne 15% des Franciliens ayant une reconnaissance d'un handicap/perte d'autonomie parmi ceux ayant déclaré que certains lieux étaient difficiles d'accès contre 4% des non Franciliens, 8% de ceux ayant une limitation fonctionnelle absolue (contre 3% des non Franciliens), 7% de ceux ayant une restriction d'activité (contre 3% aussi des non Franciliens).
- les personnes de 20-59 ans résidant hors Île-de-France déclarent plus souvent des difficultés de stationnement : entre 18% et 20% selon le critère de handicap parmi les personnes ayant déclaré certains lieux difficiles d'accès contre moins de 10% en Île-de-France. Une des raisons peut notamment être une moindre utilisation de la voiture en Île-de-France par les personnes handicapées,
- les Franciliens de 20-59 ans ayant une limitation fonctionnelle absolue ou une reconnaissance d'un handicap sont aussi moins nombreux à déclarer un accueil matériel inadapté que leurs homologues résidant hors Île-de-France : de 13% à 14% en Île-de-France contre 25% à 26% hors Île-de-France (tab.24, annexes 16 et 17).

Figure 10 : Avoir subi des discriminations pour raison de santé au cours de la vie selon la présence d'une limitation fonctionnelle absolue, d'une restriction d'activité ou d'une reconnaissance d'un handicap/perte d'autonomie en Île-de-France (en %)

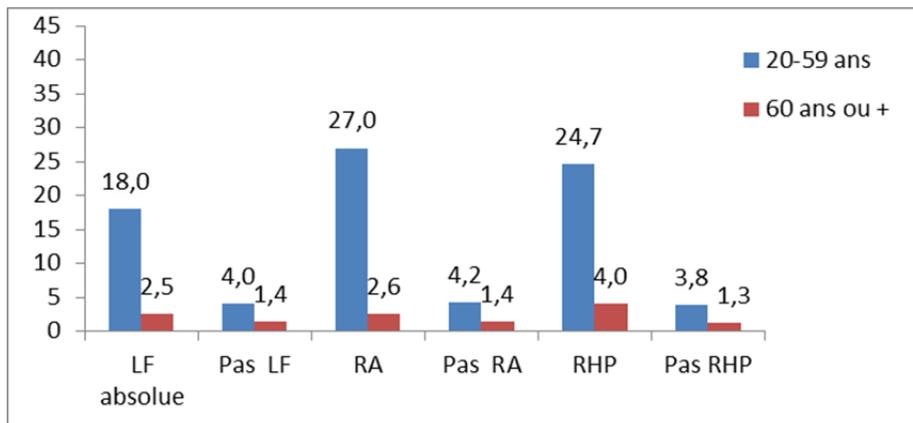
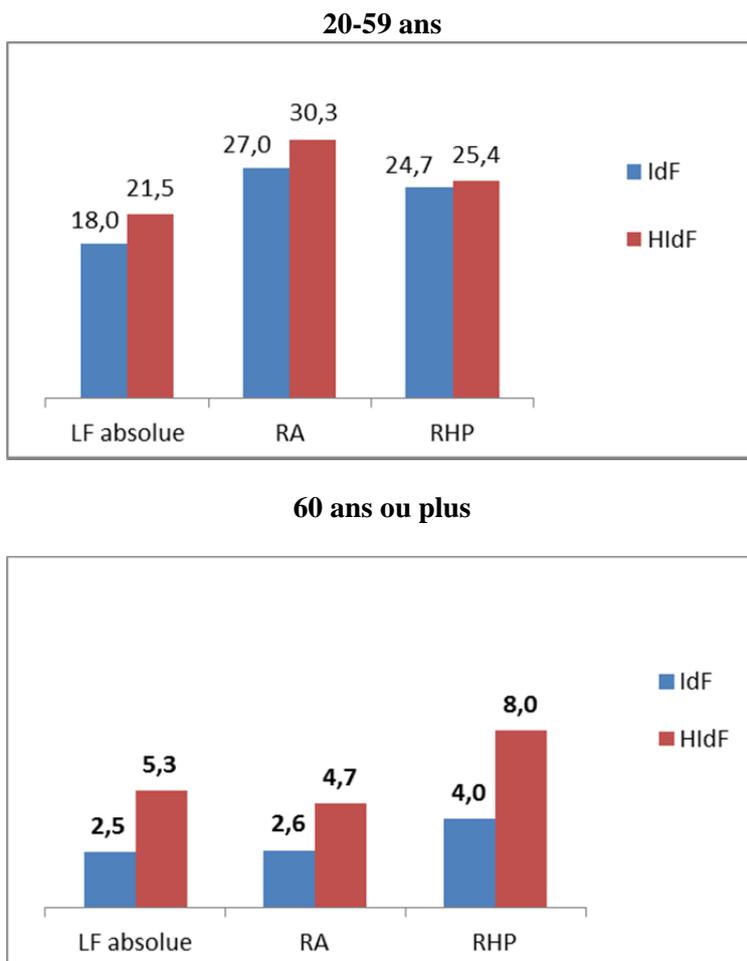


Figure 11 : Avoir subi des discriminations pour raison de santé au cours de la vie en Île-de-France et hors Île-de-France parmi les personnes ayant une limitation fonctionnelle absolue, une restriction d'activité ou une reconnaissance d'un handicap/perte au cours de la vie (en %)



Discriminations

Deux questions abordaient les discriminations « Au cours de votre vie, est-il arrivé que l'on se moque de vous, que l'on vous mette à l'écart, que l'on vous traite de façon injuste ou que l'on vous refuse un droit ? » et « Si oui, est-ce à cause de votre état de santé ou d'un handicap ? ».

Des discriminations plus souvent déclarées par les personnes ayant au moins l'un des trois critères de handicap et qui diminuent avec l'âge

Environ 4 personnes sur 10 parmi celles ayant déclaré avoir une LF, une RA, une RHP et âgées de 20-59 ans ont déclaré avoir subi des discriminations au cours de la vie (annexe 18). Pour plus de la moitié d'entre elles, ces discriminations sont liées à l'état de santé ou au handicap : cela concerne 18% des personnes ayant une LF, 25% de celles ayant une RHP et 27% de celles ayant une RA (fig.10). La déclaration d'une discrimination est nettement moins fréquente chez les personnes de 60 ans ou plus ayant un handicap : entre 14% et 17% ont déclaré avoir subi des discriminations et entre 3% et 4% des discriminations pour raison de santé. Ce constat d'une diminution des discriminations avec l'âge a déjà été documenté (Bouvier & Niel, 2010) ou (Sagot, 2011). Les modèles de régression logistique sur les personnes de 20 ans ou plus (non représentés ici) montrent que les personnes ayant une LF, une RA ou une RHP ont un risque 2 fois plus élevé de déclarer des discriminations que les autres et, pour les discriminations pour raison de santé, le risque est 6 fois plus élevé chez celles ayant une LF, 7 fois plus chez celles ayant une RA et 9 fois plus chez celles ayant une RHP, à âge, sexe et zone géographique comparables. Le sexe ne joue que dans les modèles intégrant la reconnaissance administrative, pour lesquels être une femme multiplie par 1,1 le risque de discrimination en général et 1,3 pour raison de santé.

Des discriminations pour raisons de santé déclarées dans des proportions comparables entre l'Île-de-France et le reste de la France par les moins de 60 ans

Les tendances sont comparables entre l'Île-de-France et le reste de la France pour les discriminations en général, quel que soit le groupe d'âge et quel que soit le critère retenu pour le handicap. Pour les discriminations pour raison de santé, les comparaisons Île-de-France / reste de la France ne mettent pas en avant de différences chez les 20-59 ans tandis que les personnes de 60 ans ou plus ayant une limitation fonctionnelle, une restriction d'activité ou une reconnaissance d'un handicap ou perte d'autonomie sont moins nombreuses en Île-de-France à déclarer avoir subi des discriminations que leurs homologues résidant hors Île-de-France (fig.11). Les modèles de régression logistique montrent une absence de différence entre l'Île-de-France et le reste de la France, toutes choses égales par ailleurs.

Figure 12 : Raisons des discriminations liées à la santé selon le critère de handicap en Île-de-France (en % des personnes de 20 ans ou plus ayant déclaré avoir subi des discriminations pour raisons de santé ou de handicap, plusieurs réponses possibles)

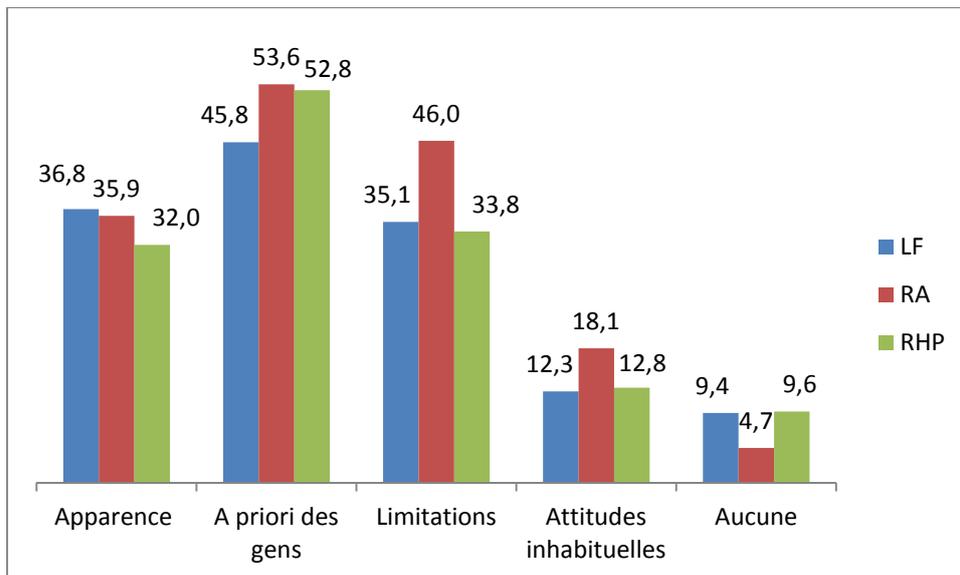
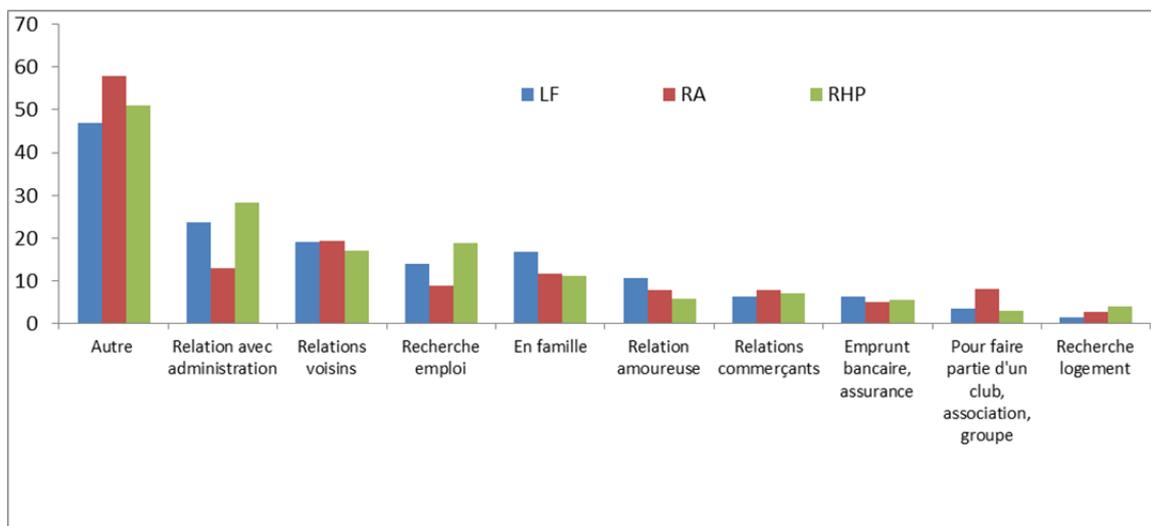


Figure 13 : Circonstances des discriminations pour raisons de santé selon le critère de handicap en Île-de-France (en % des personnes de 20 ans ou plus ayant déclaré avoir subi des discriminations pour raisons de santé ou de handicap, plusieurs réponses possibles)



Les raisons, circonstances et lieux des discriminations

Environ la moitié des personnes handicapées perçoivent un a priori de la part des gens sur leur handicap ou état de santé

Si les personnes déclarent avoir subi des comportements négatifs à cause de leur état de santé ou d'un handicap, c'est plus précisément pour trois raisons principales (fig.12) :

- la raison citée en premier, par 46% des personnes de 20 ans ou plus ayant une LF en Île-de-France et ayant déclaré avoir subi des discriminations pour raison de santé ou de handicap, 53% ayant une RHP et 54% ayant une RA, est un a priori que les gens peuvent avoir sur le handicap ou l'état de santé, c'est-à-dire des jugements de valeur sur les capacités ou des discriminations liées à une incompréhension face au handicap ou à l'état de santé,
- la raison citée ensuite, par 46% des personnes de 20 ans ou plus ayant une RA, 35% ayant une LF et 34% ayant une RHP, correspond aux limitations liées au handicap ou à l'état de santé, telles que le besoin d'aide humaine, la lenteur ou les difficultés de communication,
- l'apparence, physique ou liée aux appareillages que la personne peut porter, est la troisième raison la plus importante et est citée par plus d'un tiers des personnes handicapées.

Des discriminations ressenties dans de nombreuses circonstances, notamment dans les relations avec l'administration et avec le voisinage

Si une proportion importante de circonstances de discriminations ne sont pas connues précisément (raison « autre » pour laquelle il n'y a pas plus de renseignements, citée par la moitié des personnes ayant une limitation fonctionnelle, une restriction d'activité ou une reconnaissance d'un handicap), 28% des personnes ayant une reconnaissance administrative d'un handicap ont déclaré avoir subi des discriminations lors de relations avec l'administration et cela concerne 24% de celles ayant une limitation fonctionnelle absolue. Des discriminations lors des relations avec les voisins sont citées par près d'une personne sur cinq et lors de la recherche d'un emploi par près d'une personne sur cinq ayant une reconnaissance administrative d'un handicap. Des discriminations dans le cadre familial sont également rapportées par plus de 11% des personnes interrogées (17% pour celles ayant une limitation fonctionnelle absolue).

La rue ou les lieux publics sont les premiers lieux où les personnes déclarent avoir subi des discriminations : cela concerne 46% de celles ayant une restriction d'activité, 43% de celles ayant une limitation fonctionnelle et 37% de celles ayant une reconnaissance. Le lieu de travail est le second lieu où la discrimination a été subie puisque que cela concerne près de 3 personnes sur 10 ayant une limitation fonctionnelle ou une reconnaissance et un peu plus de 2 sur 10 pour celles ayant une restriction d'activité. Pour ces dernières, le lieu d'étude est cité dans des proportions comparables. Une catégorie « autre lieu » est citée dans les mêmes proportions que le lieu de travail mais le questionnaire ne permet pas d'avoir plus de précisions sur ces lieux.

Figure 14 : Proportion de personnes de 20 ans ou plus déclarant avoir subi au cours de la vie des discriminations pour raison de santé en Île-de-France selon la PCS (en %)

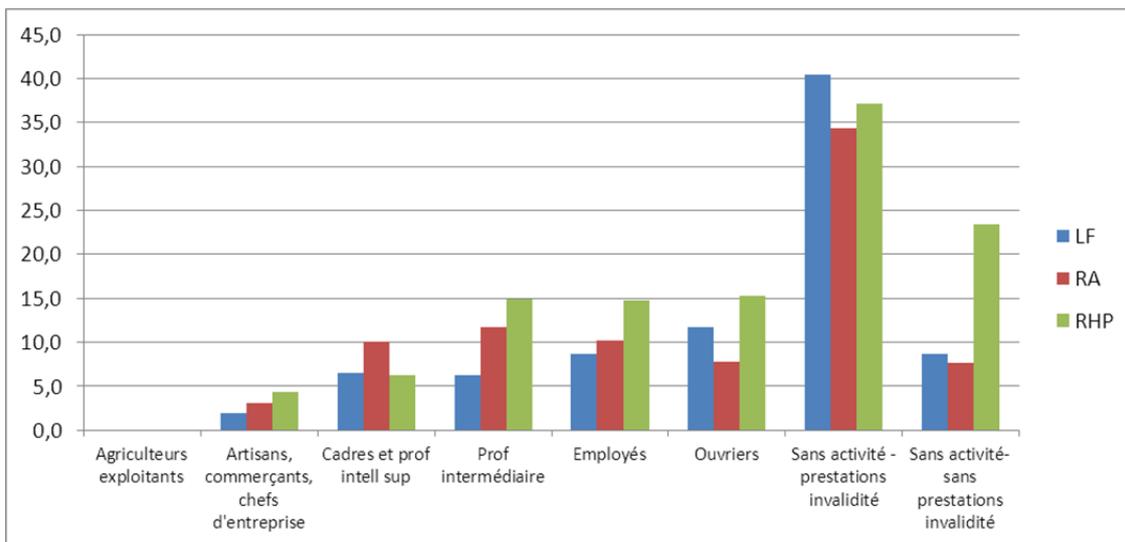
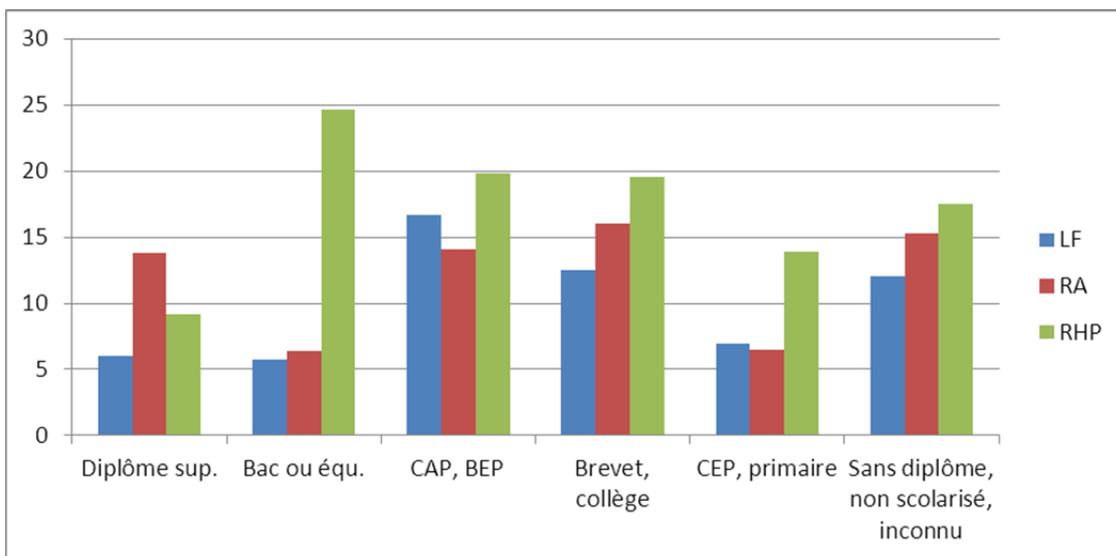


Figure 15 : Proportion de personnes de 20 ans ou plus déclarant avoir subi au cours de la vie des discriminations pour raison de santé en Île-de-France selon le diplôme ou le niveau d'études (en %)



Des discriminations pour raison de santé plus souvent déclarées parmi les professions intermédiaires, employés, ouvriers et inactifs en invalidité

La déclaration de discriminations selon la catégorie socio-professionnelle varie selon le critère de handicap. Pour les personnes ayant au moins une limitation fonctionnelle absolue, la proportion de personnes ayant déclaré avoir subi des discriminations pour raisons de santé augmente inversement par rapport à l'échelle sociale : la proportion est plus faible chez les artisans et les cadres (respectivement 2% et 7%), plus élevée chez les ouvriers (12%), et encore plus chez les personnes inactives percevant des prestations invalidité (40%) (fig.14). Chez les personnes ayant une reconnaissance d'un handicap, les proportions évoluent relativement selon un gradient social, avec une proportion plus faible chez les artisans (4%) et les cadres (6%), puis des proportions comparables entre professions intermédiaires, employés et ouvriers (15%) et des proportions plus élevées chez les inactifs, qu'ils perçoivent ou non des prestations invalidité (fig.14). Pour les personnes ayant une restriction d'activité, à l'exception des artisans chez lesquels la proportion est faible (3%), celles parmi les autres PCS sont proches.

Les modèles de régression logistique (annexe 19) montrent que pour les personnes ayant une restriction d'activité ou une limitation fonctionnelle absolue, la seule différence observée selon la PCS est le risque plus élevé, par rapport aux cadres, des personnes inactives percevant des prestations invalidité de déclarer avoir subi des discriminations pour raison de santé. Pour les personnes ayant une reconnaissance d'un handicap ou d'une perte d'autonomie, le risque est plus élevé chez les professions intermédiaires, employés, ouvriers et les inactifs, qu'ils touchent ou non des prestations invalidité.

Des discriminations pour raison de santé plus souvent déclarées par les personnes moins diplômées ayant une limitation fonctionnelle absolue ou une reconnaissance d'un handicap

La déclaration de discriminations pour raison de santé selon le niveau de diplôme / d'études ne montre pas de tendance très nette : si la proportion de personnes ayant déclaré avoir subi des discriminations pour raison de santé semble plus faible chez les personnes moins diplômées (fig.15), ce n'est pas la même tendance chez les personnes ayant une reconnaissance d'un handicap ou d'une perte d'autonomie. Toutefois, dans les modèles de régression logistique, avec ajustement sur l'âge, le sexe, la région et le niveau de diplôme (annexe 20), les personnes ayant au moins une limitation fonctionnelle absolue ou une reconnaissance d'un handicap ont un risque plus élevé d'avoir subi des discriminations pour raison de santé lorsqu'elles ont un niveau d'étude inférieur au collège (modèles sur les personnes ayant une limitation fonctionnelle) ou un diplôme / niveau d'études jusqu'au collège (modèle sur les personnes ayant une reconnaissance d'un handicap). Pour les personnes ayant une restriction d'activité, si les odds ratio montrent un risque plus élevé pour les personnes moins diplômées, ceux-ci ne sont statistiquement pas significatifs.

Santé et recours aux soins

Tableau 25 : Etat de santé général perçu selon le fait d'avoir une limitation fonctionnelle absolue, une restriction d'activité ou une reconnaissance d'un handicap / perte d'autonomie en Île-de-France (en %)**20-59 ans**

Etat de santé général	LF.	Pas LF	RA	Pas RA	RHP	Pas RHP
Très bon	12,5	44,7	2,1	43,9	11,6	44,2
Bon	28,1	41,9	13,7	41,9	23,2	42,0
Assez bon	28,4	10,5	30,1	11,1	26,2	10,9
Mauvais	24,4	2,7	43,8	2,8	30,6	2,6
Très mauvais	6,6	0,1	9,9	0,2	8,3	0,1
Nsp	0,1	0,1	0,4	0,1	0,1	0,1
<i>Total</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>
<i>Effectifs</i>	<i>450</i>	<i>1533</i>	<i>367</i>	<i>1617</i>	<i>499</i>	<i>1466</i>
p	S***		S***		S***	

NS : non significatif ; S* p<0,05 ; S** p<0,01 ; S*** p<0,001.

60 ans ou plus

Etat de santé général	LF	Pas LF	RA	Pas RA	RHP	Pas RHP
Très bon	2,4	18,9	1,8	18,3	5,7	15,3
Bon	17,6	43,1	12,0	43,7	15,9	39,5
Assez bon	39,4	31,0	41,2	30,8	33,7	33,5
Mauvais	33,9	6,3	36,3	6,9	36,0	10,4
Très mauvais	6,3	0,2	7,1	0,3	8,0	0,9
Nsp	0,3	0,5	1,6	0,0	0,6	0,4
<i>Total</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>
<i>Effectifs</i>	<i>624</i>	<i>773</i>	<i>585</i>	<i>812</i>	<i>373</i>	<i>989</i>
p	S***		S***		S***	

NS : non significatif ; S* p<0,05 ; S** p<0,01 ; S*** p<0,001.

Perception de sa santé générale et de sa santé bucco-dentaire

Plus de la moitié des personnes ayant une restriction d'activité perçoivent leur santé comme mauvaise ou très mauvaise

Les personnes ayant une limitation fonctionnelle absolue, une restriction d'activité ou une reconnaissance d'un handicap / perte d'autonomie déclarent un état de santé général moins bon que les autres. Si plus de 85% des personnes de 20-59 ans n'ayant pas de handicap déclarent que leur santé est bonne ou très bonne, cette proportion n'est que de 41% chez celles ayant une limitation fonctionnelle absolue, 35% chez celles ayant une reconnaissance d'un handicap et 16% chez celles ayant une restriction d'activité. Un état de santé mauvais ou très mauvais est déclaré par environ 3% des personnes de 20-59 ans n'ayant pas de LF ou pas de RA ou pas de RHP mais par 31% de celles ayant une limitation fonctionnelle absolue, 39% de celles ayant une reconnaissance d'un handicap et 54% de celles ayant une restriction d'activité (tab.25).

Chez les personnes de 60 ans ou plus, les écarts sont moins marqués. Un état de santé bon ou très bon est déclaré par 62% des personnes n'ayant pas de handicap (55% de celles n'ayant pas de reconnaissance d'un handicap / d'une perte d'autonomie) mais par seulement 22% de celles ayant une reconnaissance administrative, 20% de celles ayant une limitation fonctionnelle absolue et 14% de celles ayant une restriction d'activité. Si environ 7% des personnes de 60 ans ou plus déclarent un état de santé mauvais ou très mauvais (11% de celles n'ayant pas de reconnaissance administrative), cette proportion concerne plus de 4 personnes sur 10 de 60 ans ou plus ayant un handicap (40% pour celles ayant une limitation fonctionnelle absolue, 44% pour celles ayant une restriction d'activité et 44% pour celles ayant une reconnaissance d'un handicap / perte d'autonomie).

Ces différences observées entre les personnes handicapées, quel que soit le critère retenu, et celles qui ne le sont pas sont confirmées après contrôle sur l'âge, le sexe, la région de résidence et la PCS (modèles de régression logistique non représentés ici) : le risque d'un mauvais état de santé perçu est multiplié par 6 pour les personnes ayant une reconnaissance d'un handicap, par 7 pour celles ayant une limitation fonctionnelle absolue et par 9 pour celles ayant une restriction d'activité, toutes choses égales par ailleurs.

Figure 16 : Perception d'un état de santé mauvais ou très mauvais chez les personnes ayant une limitation fonctionnelle absolue, une restriction d'activité ou une reconnaissance d'un handicap en Île-de-France et hors Île-de-France (en %)

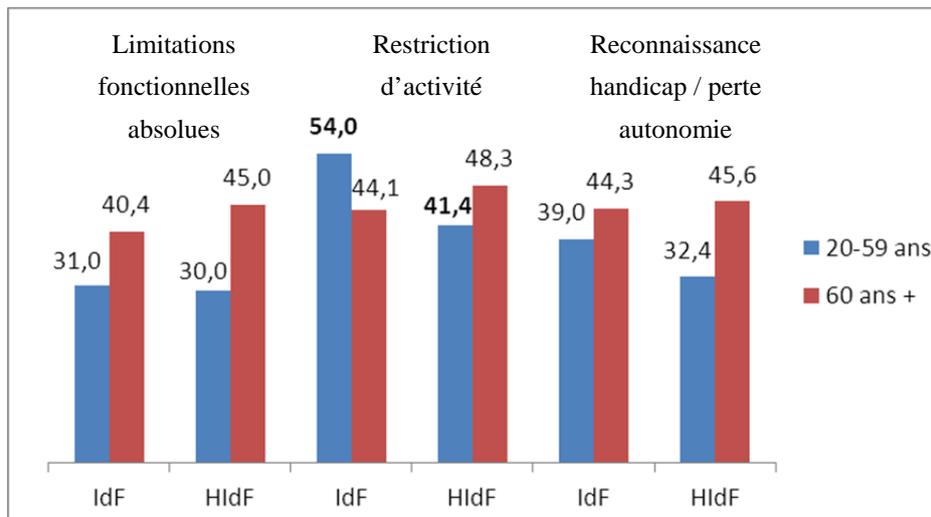


Tableau 26 : Etat de santé général perçu comme mauvais ou très mauvais (modèles de régression logistique)

Etat de santé mauvais ou très mauvais OR (IC – 95%)	Population. : au moins une limitation fonctionnelle absolue n=8 858	Population.: au moins une restriction d'activité n=7 837	Population. : reconnaissance d'un handicap n=7 051
Par année 20-59 ans	1,04 (1,03–1,06)	1,05 (1,03 -1,07)	1,04 (1,03-1,06)
Par année >= 60 ans	1,00 (1,00–1,02)	0,98 (0,97-0,99)	1,02 (1,01-1,03)
Etre de sexe féminin	0,91 (0,77–1,08)	0,85 (0,71-1,02)	1,27 (1,06-1,50)
Cadre, prof intell supérieure	Réf.	Réf.	Réf.
Artisans, comm., chef entreprise	1,27 (0,80–2,00)	0,92 (0,55-1,53)	1,42 (0,81-2,47)
Prof intermédiaire	1,18 (0,76–1,83)	0,79 (0,48-1,30)	0,87 (0,53-1,43)
Employés	1,64 (1,09–2,46)	1,00 (0,64-1,58)	1,28 (0,80-2,05)
Ouvriers	1,97 (1,31–2,96)	1,09 (0,69-1,72)	1,63 (1,02-2,60)
Agriculteurs exploitants	1,58 (1,01–2,49)	1,04 (0,62-1,72)	1,47 (0,84-2,56)
Sans activité professionnelle – prestations invalidité	6,15 (3,85–9,82)	2,26 (1,33-3,85)	4,03 (2,38-6,81)
Sans activité prof. – Sans prestations invalidité	1,98 (1,26-3,12)	1,09 (0,67-1,78)	2,87 (1,64-5,02)
Résider en Île-de-France	1,01 (0,80–1,27)	1,08 (0,84-1,38)	1,29 (1,00-1,68)**

* En gras, OR significatifs à 5%.

*p=0,052

Le risque de se percevoir en mauvaise ou très mauvaise santé comparable entre l'Île-de-France et le reste de la France parmi les personnes handicapées

Si les proportions de personnes de 20-59 ans ayant une restriction d'activité se déclarant en mauvaise ou très mauvaise santé sont plus élevées en Île-de-France que dans le reste de la France (54% contre 41%), la différence observée chez celles ayant une reconnaissance d'un handicap ou une limitation fonctionnelle absolue n'est pas significative (fig.16). Chez les personnes de 60 ans ou plus, aucune différence n'est significative entre Île-de-France et reste de la France. Les modèles de régression logistique sur la population de 20 ans ou plus montrent que, toutes choses égales par ailleurs, le risque de percevoir un état de santé mauvais ou très mauvais ne diffère pas selon la région de résidence ; seules chez les personnes ayant une reconnaissance d'un handicap, la probabilité de percevoir un mauvais état de santé est presque significative ($p=0,052$) et indique une probabilité plus élevée en Île-de-France que dans le reste de la France, à âge, sexe et PCS comparables (tab.26).

Un risque plus élevé pour les ouvriers et les inactifs ayant un handicap de se percevoir en mauvaise ou très mauvaise santé que les cadres et professions intellectuelles supérieures

A âge, sexe, région comparables, parmi les personnes ayant au moins une limitation fonctionnelle absolue, le risque de se percevoir en mauvaise ou très mauvaise santé est plus élevé chez les employés, ouvriers, agriculteurs exploitants, inactifs (avec ou sans prestations invalidité) que chez celles de la catégorie cadres et professions intellectuelles supérieures (tab.26). Parmi les personnes ayant une reconnaissance d'un handicap, ce risque est plus élevé chez les ouvriers et les personnes sans activité professionnelle (qu'elles touchent ou non des prestations invalidité) et chez celles ayant une restriction d'activité, le risque est significativement plus élevé uniquement chez les personnes inactives percevant des prestations invalidité. Ces constats d'une moins bonne santé déclarée dans les PCS situées au bas de l'échelle sociale sont déjà connus en population générale (Allonier, Guillaume, & Rochereau, 2006) Parmi les individus ayant une limitation fonctionnelle absolue ou parmi ceux ayant une reconnaissance d'un handicap, les personnes non scolarisées, sans diplôme, d'un niveau d'études primaires, ou d'un niveau d'études collège ont un risque plus élevé de se percevoir en mauvaise ou très mauvaise santé par rapport aux personnes diplômées du supérieur, toutes choses égales par ailleurs (annexe 21). Chez les personnes ayant une reconnaissance d'un handicap, le risque de se percevoir en mauvaise santé est multiplié par 1,5 lorsque le diplôme ou niveau d'études est le collège, par 1,6 lorsque le diplôme ou niveau d'études est l'école primaire et par 2 lorsque les personnes n'ont pas été scolarisées ou n'ont pas de diplôme sans précision du niveau de scolarisation. Parmi les personnes ayant une restriction d'activité, ne pas avoir de diplôme ou ne pas avoir été scolarisé multiplie par 1,8 le risque de se percevoir en mauvaise santé.

Tableau 27 : Etat de santé bucco-dentaire perçu selon le fait d'avoir une limitation fonctionnelle absolue, une restriction d'activité ou une reconnaissance administrative d'un handicap en Île-de-France (en %)

20-59 ans

Etat de santé bucco-dentaire	LF	Pas LF	RA	Pas RA	RHP	Pas RHP
Très bon	18,3	26,3	12,7	26,2	19,5	26,2
Bon	29,0	44,3	33,1	43,6	29,8	44,0
Moyen	33,9	23,7	27,4	24,4	26,5	24,4
Mauvais	10,7	3,8	17,4	3,8	15,2	3,6
Très mauvais	8,0	1,9	9,5	2,0	8,9	1,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectifs	450	1533	367	1617	499	1466

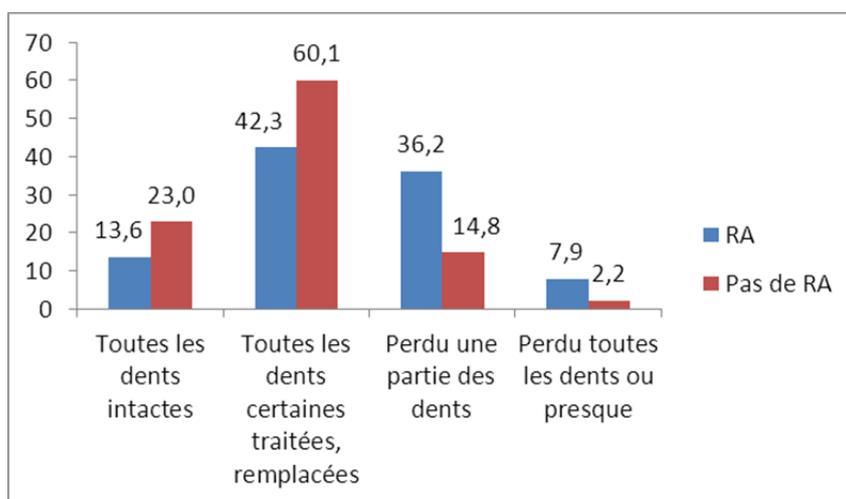
p
NS : non significatif ; S* p<0,05 ; S** p<0,01 ; S*** p<0,001.

60 ans ou plus

Etat de santé bucco-dentaire	LF	Pas LF	RA	Pas RA	RHP	Pas RHP
Très bon	8,7	10,3	4,0	11,7	3,7	10,3
Bon	22,4	42,0	24,0	40,6	39,1	36,2
Moyen	30,4	32,0	37,2	29,7	25,2	32,7
Mauvais	23,3	12,4	19,6	14,1	16,1	15,6
Très mauvais	15,0	3,3	15,1	3,9	15,6	5,2
Nsp	0,2	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectifs	624	773	585	812	373	989

p
S***
NS : non significatif ; S* p<0,05 ; S** p<0,01 ; S*** p<0,001.

Figure 17 : Etat de santé bucco-dentaire déclaré par les personnes de 20-59 ans ayant une restriction d'activité en Île-de-France (en %)



Une perception moins bonne de sa santé bucco-dentaire chez les personnes ayant au moins l'un des trois critères de handicapées

La santé bucco-dentaire est globalement perçue comme moins bonne par rapport à la santé générale. Si environ 30% des personnes de 20-59 ans n'ayant pas de handicap perçoivent leur état de santé bucco-dentaire moyen, mauvais ou très mauvais (tab.27), cela concerne plus de la moitié des personnes handicapées (51% pour celles ayant une RHP, 53% pour celles ayant une LF absolue et 54% pour celles ayant une RA). Chez les 60 ans ou plus, un état de santé bucco-dentaire moyen, mauvais ou très mauvais est cité par environ 7 personnes sur 10 parmi celles ayant une LF absolue ou une RA, proportion supérieure à celle observée chez les personnes n'ayant pas de LF ou pas de RA (environ 5 sur 10). Seules chez les personnes ayant une reconnaissance d'un handicap / perte d'autonomie, la différence n'est pas significative, 57% contre 54% de celles n'en ayant pas ont déclaré un état de santé moyen à très mauvais. A âge, sexe et région de résidence comparables, les modèles de régression logistique (non représentés ici) montrent le risque plus élevé de percevoir sa santé bucco-dentaire moyenne, mauvaise ou très mauvaise chez les personnes ayant un handicap : OR=1,76 [1,59-1,95] pour les personnes ayant une LF absolue, OR=1,84 [1,65 – 2,05] pour celles ayant une RA et OR=1,39 [1,25 – 1,55] pour celles ayant une RHP.

Un état de santé bucco-dentaire plus dégradé chez les personnes handicapées

Des questions plus spécifiques interrogeaient sur l'état bucco-dentaire, permettant de savoir si la personne avait toutes ses dents intactes, avait toutes ses dents dont certaines étaient traitées ou remplacées, avait perdu une partie de ses dents mais pouvait quand même mastiquer sans prothèse dentaire, ou bien si la personne avait perdu toutes ses dents ou presque. Chez les adultes de moins de 60 ans comme chez ceux de 60 ans ou plus, les personnes ayant une limitation fonctionnelle absolue ou une restriction d'activité ou encore une reconnaissance d'un handicap / perte d'autonomie sont significativement plus nombreuses que celles n'ayant pas de handicap à déclarer avoir perdu une partie de leurs dents ou toutes leurs dents ou presque. Elles sont significativement moins nombreuses à déclarer avoir toutes leurs dents intactes ou toutes leurs dents dont une partie sont traitées ou remplacées. L'exemple des adultes de moins de 60 ans ayant au moins une restriction d'activité montre que 17% de ceux n'ayant pas de restriction d'activité ont perdu une partie ou toutes leurs dents, proportion qui atteint 44% chez celles ayant une restriction d'activité (fig.17).

Tableau 28 : Etat de santé bucco-dentaire perçu comme moyen, mauvais ou très mauvais (modèles de régression logistique)

Modèles de régression logistique OR (IC – 95%)	Pop. : au moins une LF absolue	Pop.: au moins une RA	Pop. : RHP
Par année 20-59 ans	1,03 (1,02–1,04)	1,04 (1,02 -1,05)	1,04 (1,03-1,05)
Par année >= 60 ans	1,01 (1,00–1,02)	1,00 (0,99-1,01)	1,01 (0,99-1,02)
Etre de sexe féminin	0,81 (0,68–0,98)	0,78 (0,65-0,93)	0,95 (0,79-1,14)
Cadre, prof intell supérieure	Réf.	Réf.	Réf.
Artisans, comm., chef entreprise	2,17 (1,39–3,35)	1,36 (0,83-2,22)	1,37 (0,80-2,35)
Prof intermédiaire	1,57 (1,02–2,42)	0,96 (0,60-1,52)	1,17 (0,75-1,82)
Employés	2,02 (1,37–2,97)	1,15 (0,76-1,75)	1,88 (1,23-2,87)
Ouvriers	2,73 (1,87–3,99)	1,38 (0,91-2,10)	1,94 (1,29-2,92)
Agriculteurs exploitants	1,48 (0,95–2,30)	1,01 (0,62-1,64)	1,34 (0,77-2,33)
Sans activité prof. – prestations invalidité	3,70 (2,46–5,57)	1,84 (1,16-2,92)	3,29 (2,14-5,07)
Sans activité prof. – sans prestations invalidité	2,92 (1,92-4,45)	1,55 (0,98-2,44)*	2,32 (1,41-3,83)
Résider en Île-de-France	1,36 (1,06–1,76)	1,31 (1,03-1,66)	1,11 (0,86-1,43)

En gras, OR significatifs à 5%.

*p=0,062.

Parmi les personnes handicapées, une moins bonne santé bucco-dentaire déclarée par les employés, ouvriers, inactifs et par les moins diplômés

Parmi les personnes ayant une limitation fonctionnelle absolue ou une reconnaissance d'un handicap ou d'une perte d'autonomie, les employés, les ouvriers et les inactifs (en situation d'invalidité ou non) ont un risque plus élevé de déclarer une santé bucco-dentaire moyenne, mauvaise ou très mauvaise que les cadres (tab.28). Chez les personnes ayant une LF absolue, le risque est aussi plus élevé parmi les professions intermédiaires et professions indépendantes. Pour celles ayant une restriction d'activité, le seul odds ratio significatif concerne les inactifs touchant des prestations invalidité. Ce constat est à mettre en lien avec l'accès aux dentaires, qui occasionnent un restant à charge important pour l'assuré.

Les personnes moins diplômées sont aussi plus à risque de déclarer une moins bonne santé bucco-dentaire, avec des variations selon le critère handicap (annexe 22). Chez les personnes ayant une limitation fonctionnelle absolue, toutes celles ayant un niveau de diplôme ou d'étude inférieur au bac ont un risque plus élevé. Chez celles ayant une reconnaissance d'un handicap ou d'une perte d'autonomie, ce sont celles ayant un niveau inférieur ou égal au collège, et chez celles ayant une restriction d'activité, ce sont celles ayant un niveau inférieur ou égal au primaire (à la limite de la significativité pour les personnes sans diplôme ou non scolarisées).

Les Franciliens handicapés perçoivent une moins bonne santé bucco-dentaire que dans le reste de la France

Toutes choses égales par ailleurs, la probabilité de déclarer un état de santé bucco-dentaire moyen, mauvais ou très mauvais est plus élevée en Île-de-France que dans le reste de la France, parmi les personnes ayant une limitation fonctionnelle absolue ou une restriction d'activité (tab.28, annexe 22). Ce résultat n'apparaît pas chez les personnes ayant une reconnaissance d'un handicap ou d'une perte d'autonomie.

Tableau 29 : Proportions de personnes déclarant être à jour dans leurs vaccinations en Île-de-France (en %)

20-59 ans

	LF absolue		RA		RHP	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Oui	65,7	75,5	62,3	75,3	68,5	75,1
Non	22,8	20,5	26,8	20,5	23,0	20,5
Nsp	11,6	4,0	10,9	4,3	8,5	4,3
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	450	1532	367	1616	499	1465
	S**		S**		NS	

NS : non significatif; S* p<0,05; S** p<0,01; S*** p<0,001.

60 ans ou plus

	LF absolue		RA		RHP	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Oui	49,2	60,5	46,7	60,7	55,1	57,9
Non	42,1	31,9	42,2	32,3	32,3	35,1
Nsp	8,7	7,6	11,1	6,9	12,5	7,0
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	624	772	585	811	373	988
	S*		S**		NS	

NS : non significatif; S* p<0,05; S** p<0,01; S*** p<0,001.

Vaccination

Des vaccinations moins souvent à jour chez les personnes ayant une limitation fonctionnelle absolue ou une restriction d'activité

La proportion de personnes déclarant ne pas savoir si elles sont à jour ou non de leurs vaccinations est beaucoup plus élevée chez les personnes ayant une LF absolue, une RA ou encore une RHP, que ce soit chez les adultes de moins de 60 ans ou chez les personnes de 60 ans ou plus (à l'exception de celles ayant une LF) (tab. 29). Chez les moins de 60 ans, celles ayant une RA sont significativement plus nombreuses à déclarer ne pas être à jour de leur vaccination que celles n'en ayant pas, respectivement 30% et 21% (« nsp » exclus des totaux) tandis que les différences ne sont pas significatives pour les deux autres critères de handicap (26% ne sont pas à jour de leurs vaccinations parmi les personnes ayant une LF, 21% parmi celles n'en ayant pas, et 25% parmi celles ayant une RHP, 21% parmi celles n'en ayant pas). Chez les 60 ans ou plus, les personnes ayant une LF ou une RA sont moins souvent à jour de leurs vaccinations (respectivement 46% et 47%) contre 35% de celles n'ayant pas de LF ou de RA. Les différences ne sont pas significatives chez les personnes ayant une RHP. Ces conclusions sont confirmées par les modèles de régression logistique (non représentés ici) après ajustement sur l'âge, le sexe et la zone géographique de résidence (OR=1,34 [1,20-1,49] pour les personnes ayant une LF absolue et OR=1,17 [1,05-1,31] pour celles ayant une RA).

Pas de différence selon la PCS ou le niveau d'études sur le fait d'être à jour dans ses vaccinations

A âge, sexe, région comparables, les modèles de régression logistique (non représentés ici) ne mettent pas en évidence de différences selon la PCS sur la probabilité de ne pas avoir ses vaccins à jour (seules les « professions intermédiaires», parmi celles ayant une RHP ont une probabilité moins élevée d'avoir déclaré que leurs vaccinations n'étaient pas à jour). Les modèles de régression logistique (non représentés ici) prenant en compte le diplôme / niveau d'études ne montrent pas non plus, toutes choses égales par ailleurs, de variation de la probabilité d'avoir ses vaccinations à jour selon le niveau d'études/diplôme parmi les personnes handicapées.

Des vaccinations moins souvent à jour en Île-de-France parmi les personnes ayant une restriction d'activité

Toutes choses égales par ailleurs, la probabilité de ne pas être à jour dans ses vaccinations est plus élevée en Île-de-France pour les personnes ayant une restriction d'activité (OR=1,43[1,11-1,82]) tandis que pour les autres critères de handicap, les probabilités ne sont pas plus élevées en Île-de-France par rapport au reste de la France (modèles non représentés ici).

Tableau 30 : Proportions de personnes déclarant avoir consulté un médecin généraliste ou un médecin spécialiste au cours des 12 derniers mois en Île-de-France (en %)

	LF	Pas LF	RA	Pas RA	RHP	Pas RHP
Généraliste						
20-59 ans	90,8	83,5	96,7	83,5	95,7	83,4
60 ans +	94,3	90,1	98,7	89,0	96,2	90,9
20 ans ou plus	92,7	84,8	98,0	84,6	95,9	84,9
Spécialiste						
20-59 ans	70,2	60,0 ⁽¹⁾	81,5	60,0	80,5	59,8
60 ans +	77,0	65,6	79,4	65,3	77,6	66,9 ⁽²⁾
20 ans ou plus	73,7	61,1	80,1	61,0	79,3	61,3

En gras : différences entre LF/ Pas LF ou RA / pas RA ou RHP / Pas RHP significatives à au moins 5%.

(1) p=0,0523

(2) p=0,0541.

Tableau 31 : Déclarer avoir eu recours à un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois (modèles de régression logistique)

OR (IC – 95%)	Pop. : au moins une LF absolue	Pop.: au moins une RA	Pop. : ayant une RHP
Par année 20-59 ans	1,01 (0,99–1,04)	1,03 (1,00 -1,06)	0,99 (0,97-1,02)
Par année >= 60 ans	1,08 (1,05–1,12)	1,04 (1,01-1,07)	1,09 (1,04-1,14)
Etre de sexe féminin	1,66 (1,03–2,66)	1,51 (0,94-2,44)	2,18 (1,28-3,72)
Cadre, prof intell supérieure	Réf.	Réf.	Réf.
Artisans, comm., chef entreprise	1,36 (0,46–4,02)	3,15 (0,75-13,2)	1,14 (0,28-4,63)
Prof intermédiaire	1,72 (0,64–4,64)	1,85 (0,53-6,46)	2,15 (0,77-5,97)
Employés	1,22 (0,46–3,20)	3,15 (1,02-9,76)	2,68 (0,91-7,86)
Ouvriers	1,92 (0,81–4,55)	2,95 (0,97-9,02) ⁽¹⁾	2,55 (0,91-7,13)
Agriculteurs exploitants	0,90 (0,26–3,07)	2,78 (0,70-11,03)	1,70 (0,41-6,94)
Sans activité -prestations invalidité	2,63 (1,04–6,68)	2,44 (0,78-7,68)	1,45 (0,56-3,79)
Sans activité –sans prestations invalidité	1,24 (0,42-3,64)	1,41 (0,47-4,28)	2,68 (0,66-10,86)
Résider en Île-de-France	0,83 (0,45–1,52)	2,02 (0,98-4,19) ⁽²⁾	1,21 (0,54-2,69)

En gras, OR significatifs à 5%.

(1) p=0,057

(2) p=0,057

Recours au médecin généraliste et au médecin spécialiste

Le recours à un médecin généraliste ou un médecin spécialiste plus élevé chez les personnes ayant au moins l'un des critères de handicap

En Île-de-France, le recours à un médecin généraliste ou à un médecin spécialiste est plutôt plus élevé chez les personnes ayant une LF, une RA ou une RHP par rapport aux autres personnes (tab. 30). Après ajustement sur l'âge, le sexe, la région (modèles de régression logistique non représentés ici), les personnes ayant une limitation fonctionnelle absolue ou une restriction d'activité ou encore une reconnaissance d'un handicap ou d'une perte d'autonomie ont une probabilité plus élevée d'avoir consulté au moins une fois au cours des douze derniers mois un médecin généraliste ou un médecin spécialiste.

En population générale, le spécialiste le plus souvent consulté au cours des douze derniers mois par les femmes de moins de 60 ans est le gynécologue (environ 7 femmes sur 10). Il a été significativement moins consulté par les femmes handicapées : 35% de celles ayant une restriction d'activité, 51% de celles ayant une reconnaissance d'un handicap et 58% de celles ayant une limitation fonctionnelle absolue. Chez les personnes de 60 ans ou plus, il a été consulté par 15% des femmes ayant une LF (42% de celles n'en ayant pas), 16% de celles ayant une RA (41% pour celles n'en ayant pas), 16% aussi de celles ayant une RHP (35% pour celles n'en ayant pas).

Les autres spécialistes sont soit consultés dans des proportions comparables entre les personnes handicapées et les autres, soit plus souvent consultés par les personnes handicapées. Les spécialistes plus souvent consultés par les personnes handicapées sont le cardiologue (consulté par exemple par 19% des 20-59 ans ayant une restriction d'activité contre 7% de ceux n'en ayant pas, 51% des 60 ans ou plus ayant une restriction d'activité contre 38% de ceux n'en ayant pas), le psychiatre, le neurologue, le rhumatologue.

Parmi les personnes handicapées, un recours plus élevé des femmes au médecin généraliste ou au médecin spécialiste

Parmi les personnes handicapées, les femmes ont, toutes choses égales par ailleurs, une probabilité plus élevée d'avoir consulté un médecin généraliste (tab.31) ou un spécialiste (tab.32) au moins une fois au cours des douze derniers mois, quel que soit le critère de handicap pris en compte. La proportion plus élevée de femmes ayant recours aux médecins n'est pas spécifique de la population ayant un handicap, et est bien connue en population générale et retrouvé dans des exploitations en population générale à partir de l'enquête Handicap-Santé (Montaut, 2010).

Tableau 32a : Déclarer avoir eu recours à un médecin spécialiste au cours des 12 derniers mois (modèles de régression logistique)

OR (IC – 95%)	Pop. : au moins une LF absolue	Pop.: au moins une RA	Pop. : ayant une RHP
Par année 20-59 ans	1,02 (1,01–1,03)	1,02 (1,00 -1,03)	1,02 (1,00-1,03)
Par année >= 60 ans	0,99 (0,98–1,00)	0,97 (0,96-0,98)	0,99 (0,97-1,00)
Etre de sexe féminin	1,60 (1,31–1,95)	1,28 (1,04-1,57)	1,73 (1,40-2,13)
Cadre, prof intell supérieure	Réf.	Réf.	Réf.
Artisans, comm., chef entreprise	0,64 (0,36–1,11)	0,71 (0,38-1,33)	0,73 (0,36-1,48)
Prof intermédiaire	0,87 (0,50–1,54)	0,78 (0,42-1,46)	0,84 (0,46-1,54)
Employés	0,55 (0,33–0,90)	0,50 (0,29-0,87)	0,78 (0,44-1,35)
Ouvriers	0,53 (0,32–0,87)	0,51 (0,29-0,89)	0,59 (0,35-1,02)
Agriculteurs exploitants	0,47 (0,27–0,81)	0,44 (0,24-0,80)	1,24 (0,64-2,39)
Sans activité. – prestations invalidité	0,85 (0,50–1,42)	0,50 (0,27-0,90)	0,77 (0,43-1,36)
Sans activité. – sans prestations invalidité	0,39 (0,23-0,66)	0,42 (0,24-0,75)	0,88 (0,48-1,62)
Résider en Île-de-France	1,03 (0,77–1,37)	1,31 (0,99-1,75)	1,37 (0,99-1,89) ⁽¹⁾

En gras, OR significatifs à 5%.

(1) p=0,056

Tableau 32b : Déclarer avoir eu recours à un médecin spécialiste au cours des 12 derniers mois (modèles de régression logistique)

OR (IC – 95%)	Pop. : au moins une LF absolue	Pop.: au moins une RA	Pop. : ayant une RHP
Par année 20-59 ans	1,02 (1,01–1,04)	1,03 (1,01 -1,04)	1,02 (1,01-1,03)
Par année >= 60 ans	0,99 (0,98–1,00)	0,98 (0,97-0,98)	0,99 (0,98-1,00)
Etre de sexe féminin	1,48 (1,24–1,77)	1,18 (0,98-1,43)	1,80 (1,47-2,20)
Diplôme supérieur	Réf.	Réf.	Réf.
Baccalauréat ou équ.	0,88 (0,52–1,51)	0,66 (0,34-1,25)	1,02 (0,59-1,77)
CAP, BEP, supp collègue	0,56 (0,37–0,86)	0,62 (0,35-1,07)	0,52 (0,33-0,81)
Brevet collègue, collègue	0,64 (0,41–1,01)	0,55 (0,32-0,96)	0,54 (0,34-0,87)
CEP, primaire	0,55 (0,36–0,82)	0,38 (0,23-0,63)	0,46 (0,30-0,71)
Sans dipl., non scol. inconnu	0,50 (0,32–0,79)	0,34 (0,20-0,57)	0,39 (0,24-0,63)
Résider en Île-de-France	1,06 (0,80–1,42)	1,25 (0,94-1,67)	1,30 (0,94-1,81)

En gras, OR significatifs à 5%.

Parmi les personnes handicapées, les employés, ouvriers et inactifs ont moins souvent recours à un spécialiste

Parmi les personnes ayant au moins l'un des trois critères de handicap, la probabilité d'avoir recours à un généraliste semblerait, toutes choses égales par ailleurs, plus élevée dans les autres catégories socio-professionnelles par rapport aux cadres et professions intellectuelles supérieures (tab.31), mais les seules différences significatives concernent la probabilité plus élevée des employés (chez les personnes ayant une restriction d'activité) et les inactifs percevant des prestations invalidité (chez les personnes ayant une limitation fonctionnelle absolue).

La probabilité de recours à un médecin spécialiste est en revanche significativement moins élevée pour les employés, ouvriers, agriculteurs exploitants, et les inactifs, parmi les personnes ayant au moins une LF absolue/grave ou celles ayant une RA (tab.32a). Parmi les personnes ayant une reconnaissance administrative, même si les Odds ratio sont inférieurs à 1, aucun n'est significatif. Le moindre recours à un spécialiste parmi les PCS les plus basses a été démontré depuis longtemps dans les Enquêtes Santé et Protection sociale (ESPS) de l'Irdes (Auvray, Doussin, & Le Fur, 2003)

Un recours moindre au spécialiste pour les personnes handicapées ayant un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat

Parmi les personnes ayant une reconnaissance administrative d'un handicap/perte d'autonomie, celles ayant un diplôme inférieur au baccalauréat ont une probabilité plus élevée d'avoir eu recours à un généraliste au cours des douze derniers mois que celles diplômées de l'enseignement supérieur (modèles non représentés ici). On ne constate pas ces différences chez les personnes ayant une LF absolue ou une RA, même si les OR sont supérieurs à 1 (non significatifs). En revanche, pour le recours au médecin spécialiste, quelle que soit la sous-population (LF, RA, ou RHP), les personnes ayant un diplôme ou un niveau d'études inférieur au baccalauréat ont une probabilité moins grande (OR significativement inférieurs à 1) d'avoir eu recours à un spécialiste au cours des douze derniers mois (tab.32b).

Le recours au généraliste ou au spécialiste des personnes handicapées ne diffère pas entre l'Île-de-France et le reste de la France

Que ce soit en considérant les modèles avec les PCS (tab.31 et 32) ou ceux avec le niveau de diplôme ou d'études, il n'y a pas de différences mises en évidence entre l'Île-de-France et le reste de la France quant au recours à un généraliste ou à un spécialiste (tab. 31 et 32).

Figure 18 : Déclarer avoir renoncé à des soins médicaux, chirurgicaux ou dentaires au cours des douze derniers mois selon la présence d'une limitation fonctionnelle absolue/grave, une restriction d'activité ou une reconnaissance administrative d'un handicap/perte d'autonomie en Île-de-France (en %)

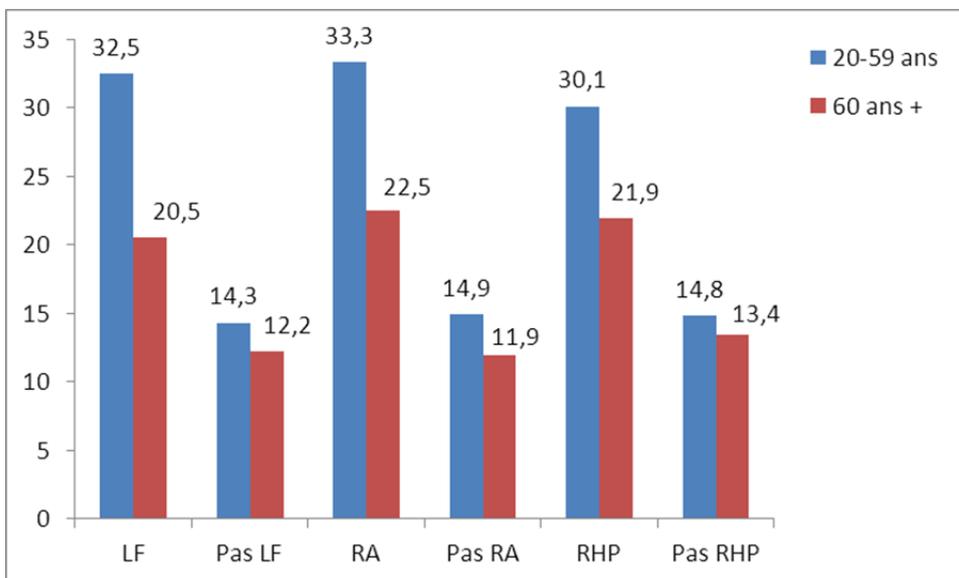
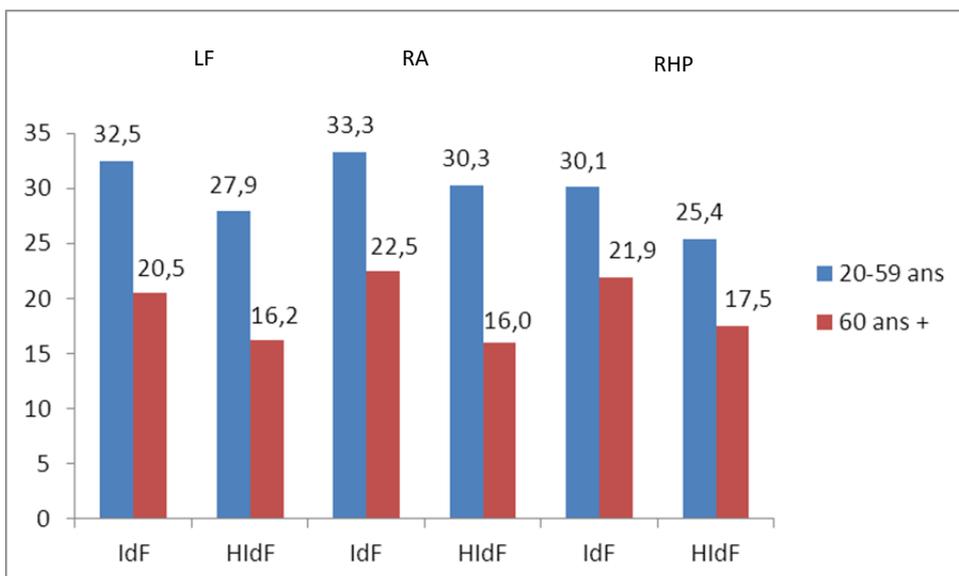


Figure 19 : Déclarer avoir renoncé à des soins médicaux, chirurgicaux ou dentaires au cours des douze derniers mois chez les personnes ayant une limitation fonctionnelle absolue/grave, une restriction d'activité ou une reconnaissance d'un handicap/perte d'autonomie en Île-de-France et hors Île-de-France (en %)



Renoncement aux soins

Une question interrogeait sur le renoncement aux soins : « Au cours des douze derniers mois, avez-vous dû renoncer à des soins médicaux, chirurgicaux ou dentaires alors que vous en auriez eu vraiment besoin ? ». Les modalités de réponse permettaient de connaître la fréquence de ce renoncement au cours des douze derniers mois.

Un renoncement aux soins plus fréquent chez les personnes handicapées

Que ce soit à 20-59 ans ou à 60 ans ou plus, les personnes qui ont une limitation fonctionnelle absolue/grave, une restriction d'activité ou bien une reconnaissance d'un handicap/perte d'autonomie sont significativement plus nombreuses que les autres à déclarer avoir renoncé à des soins médicaux, chirurgicaux ou dentaires au moins une fois au cours des douze derniers mois (fig.18). La différence est plus marquée chez les moins de 60 ans que chez les 60 ans ou plus. Ces constats sont confirmés lorsque l'on prend en compte l'âge, le sexe, la région, le fait d'avoir un handicap ou non, avec des odds ratio toujours significativement supérieurs à 1 pour les personnes ayant au moins l'un des trois critères de handicap (annexe 23). Ce renoncement plus fréquent des personnes handicapées persiste après ajustement sur la PCS (modèles non représentés ici). De plus, si les personnes ayant une LF, une RA ou une RHP sont proportionnellement plus nombreuses que les autres à avoir renoncé à des soins au moins une fois au cours des douze derniers mois, elles y ont aussi renoncé plus souvent : chez les moins de 60 ans, environ 5 personnes sur 10 n'ayant pas de handicap et ayant renoncé à des soins y ont renoncé plusieurs fois (7 sur 10 pour celles ayant une LF ou une RA ou une RHP) ; chez les personnes de 60 ans ou plus, ces proportions sont respectivement de 4 à 5 sur 10 vs de 5 à 6 sur 10 pour les personnes ayant une LF, une RA ou une RHP.

Un risque plus élevé d'avoir renoncé à des soins en Île-de-France parmi les personnes handicapées

Parmi les personnes ayant une LF, une RA ou une RHP, les proportions de personnes ayant renoncé à des soins au cours des douze derniers mois ne semblent pas différer entre l'Île-de-France et le reste de la France, à l'exception des personnes de 60 ans ou plus ayant une RA plus nombreuses en Île-de-France à déclarer un renoncement (fig.19). Toutefois, en prenant en compte le sexe, l'âge, la région, la PCS, les modèles de régression logistique montrent une probabilité plus élevée en Île-de-France que dans le reste de la France de déclarer avoir renoncé à des soins au cours des douze derniers mois, et ce, quel que soit le critère de handicap (annexe 24). Ils montrent également que les femmes ont, toutes choses égales par ailleurs, une probabilité plus élevée de déclarer avoir renoncé à des soins au cours des douze derniers mois.

Tableau 32 : Raison principale du dernier renoncement à des soins au cours des douze derniers mois – personnes de 20 ans ou plus résidant en Île-de-France (en %)

	LF	Pas LF	RA	Pas RA	RHP	Pas RHP
Ne peut pas les payer	61,9	66,0	60,4	66,0	67,7	64,8
Délai RDV trop long	4,1	7,5	4,7	7,2	1,5	7,7
Manque de temps	3,8	10,2	0,9	10,3	8,4	9,0
Problème accessibilité	3,5	1,2	5,5	1,0	4,7	1,2
Peur médecins, examens	4,6	6,2	4,3	6,1	2,7	6,3
Attendre et voir si ça passe	4,4	3,8	4,5	3,9	0,2	4,5
Ne connaît pas de bon médecin / dentiste	0,4	1,5	0,0	1,5	0,0	1,4
Autres raisons	17,5	3,5	19,8	4,1	14,7	5,0
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectifs	279	355	236	398	228	399
p	S**		S**		NS	

NS : non significatif; S* p<0,05; S** p<0,01; S*** p<0,001.

7 personnes sur 10 ont déclaré avoir renoncé à des soins dentaires ou d'orthodontie

Les soins dentaires ou d'orthodontie sont les renoncements aux soins les plus fréquents, déclarés par 6 à 7 personnes de 20 ans ou plus sur 10, que ce soit parmi celles ayant un handicap ou parmi les autres : 7 personnes sur 10 ayant une limitation fonctionnelle absolue ou une restriction d'activité et 6 personnes sur 10 ayant une reconnaissance d'un handicap ou d'une perte d'autonomie. Pour ces dernières, un renoncement pour raisons dentaires est même plus important chez les personnes n'ayant pas de reconnaissance administrative (7 sur 10). Les enquêtes de l'Irdes ont bien montré, en population générale, l'importance du renoncement aux soins dentaires (Allonier, Guillaume, & Rochereau, 2006), notamment du fait du reste à charge élevé pour les assurés.

Le deuxième renoncement le plus fréquent, arrivant toutefois assez loin derrière, est le recours à un médecin spécialiste, qui concerne un peu plus de 2 personnes sur 10 (pour le dernier renoncement déclaré dans l'enquête), que ce soit chez les personnes ayant un handicap quel que soit le critère retenu ou chez celles n'en ayant pas. Renoncer à une consultation de généraliste est nettement moins fréquent (le maximum est atteint chez les personnes ayant au moins une LF, avec 8% d'entre elles) ainsi que renoncer à une hospitalisation (mais concerne toutefois 12% des personnes ayant une RHP).

Les raisons financières, principale source de renoncement aux soins

Parmi les personnes ayant déclaré avoir renoncé à des soins au moins une fois au cours des douze derniers mois, la principale raison est financière (soins trop chers ou non remboursés par l'assurance maladie), que ce soit en population générale ou parmi les personnes ayant un handicap et concerne de 6 à 7 personnes sur 10 (tab.32). Chez les personnes ayant au moins l'un des trois critères de handicap, la catégorie « autres raisons » est importante et concerne de 15% à 20% des personnes. Le questionnaire ne permet cependant pas d'en connaître plus. Les problèmes d'accessibilité, directement ou indirectement liés au handicap, qui regroupent à la fois un éloignement trop grand, un manque de moyens de transports ou un accès trop compliqué sont plus souvent cités par les personnes ayant une limitation fonctionnelle absolue, une restriction d'activité ou une reconnaissance d'un handicap ou d'une perte d'autonomie que par les autres.

Les proportions citées ci-dessus sont comparables entre l'Île-de-France et le reste de la France, que ce soit chez les personnes ayant une limitation fonctionnelle absolue, une restriction d'activité ou une reconnaissance d'un handicap ou d'une perte d'autonomie.

Tableau 33 : Avoir renoncé à des soins médicaux, chirurgicaux, dentaires au cours des 12 derniers mois selon le revenu moyen mensuel par unité de consommation (Modèles de régression logistique, pondérés et stratifiés)

Odds ratio (IC – 95%)*	Personnes ayant au moins une limitation fonctionnelle absolue	Personnes ayant une restriction d'activité	Personnes ayant une reconnaissance d'un handicap/perte d'autonomie
Par année <60 ans	0,99 (0,98-1,00)	1,00 (0,99-1,02)	0,99 (0,98-1,01)
Par année ≥60 ans	0,96 (0,95-0,97)	0,95 (0,94-0,97)	0,97 (0,96-0,98)
Etre de sexe féminin	1,16 (0,94-1,43)	1,14 (0,91-1,43)	1,40 (1,13-1,73)
Revenu mensuel moyen par unité de consommation			
1650€ et plus	Réf.	Réf.	Réf.
1100€ - 1649€	1,49 (1,07-2,08)	1,44 (1,03-2,01)	1,31 (0,90-1,90)
751€ - 1099€	1,97 (1,45-2,69)	2,05 (1,50-2,81)	2,58 (1,83-3,66)
0-750€	1,80 (1,32-2,46)	1,79 (1,30-2,44)	2,31 (1,61-3,30)
Résider en Île-de-France	1,41 (1,04-1,91)	1,34 (0,98-1,83)	1,41 (1,01-1,96)

Les valeurs en gras sont significatives à au moins 5%.

Lecture : parmi les personnes ayant une limitation fonctionnelle absolue, la probabilité d'avoir renoncé à des soins diminue en moyenne de 4% chaque année à partir de 60 ans, toutes choses égales par ailleurs (OR=0,96 [0,95-0,97]). La diminution observée chez les personnes de moins de 60 ans n'est pas significative.

Construction de la variable revenus : calcul des centres de classe pour chaque tranche de revenu mensuel moyen (ex : de 400 à moins de 600 euros, on attribue la valeur 500€). Cette valeur moyenne est ensuite rapportée au nombre de personnes vivant dans le ménage, en attribuant la valeur 1 pour la première personne du ménage et la valeur 0,5 pour les autres personnes, sans distinction des adultes et des enfants (comme c'est le cas dans l'échelle de l'OCDE). Les valeurs sont ensuite réparties selon les quartiles.

Les revenus concernent ici l'ensemble des ressources du ménage, prestations comprises.

Renoncement aux soins et inégalités sociales

Le renoncement aux soins pour des raisons financières est la raison la plus fréquente citée. Certaines variables socio-économiques, outre la PCS, sont prises en compte ici, telles que la présence d'une mutuelle, l'emploi, les revenus du ménage.

Un risque plus élevé de renoncer aux soins parmi les personnes handicapées dont les revenus du ménage par unité de consommation sont inférieurs à 1650€

Les modèles de régression logistique prenant en compte l'âge, le sexe, la zone géographique de résidence, les revenus du ménage rapportés au nombre d'unités de consommation du ménage montrent un risque significativement plus élevé d'avoir renoncé à des soins lorsque ces revenus sont inférieurs à 1650€, sauf pour la reconnaissance d'un handicap chez lesquelles le risque est plus élevé lors que les revenus du ménage par unité de consommation sont inférieurs à 1100€ les personnes dont les revenus du chef de ménage sont inférieurs au 2ème quartile (1946€) (tab.33). Si l'on intègre dans ces modèles le fait d'occuper actuellement un emploi (modèles non représentés ici), les résultats restent inchangés. De plus, ces modèles mettent en évidence le risque plus élevé en Île-de-France d'avoir renoncé à des soins chez les personnes handicapées même s'il est non significatif chez celles ayant une restriction d'activité.

Un risque plus élevé de renoncer aux soins lorsque la PCS du ménage est « inactif » et, pour les personnes ayant une limitation fonctionnelle absolue, employée ou ouvrier

Les modèles de régression logistique prenant en compte la PCS de la personne enquêtée (annexe 25) ne mettent en évidence aucune différence selon la PCS chez les personnes ayant une restriction d'activité ou une reconnaissance d'un handicap / perte d'autonomie tandis que chez celles ayant une limitation fonctionnelle absolue, le risque est plus élevé uniquement chez les personnes sans activité professionnelle touchant des prestations invalidité.

Si, au lieu de considérer la PCS de la personne enquêtée, on prend en compte celle du ménage, c'est-à-dire la PCS la plus élevée entre celle de la personne interrogée et celle de la personne de référence du ménage si elle est différente de la personne enquêtée, les modèles de régression logistique (annexe 26) montrent que :

- quel que soit le critère retenu pour le handicap, la probabilité de renoncement aux soins est plus élevée pour les ménages dont la PCS est « inactifs »
- parmi les personnes ayant au moins une limitation fonctionnelle absolue, la probabilité de renoncement aux soins est également plus élevée pour les ménages dont la PCS est « employé » ou « ouvrier ».

Ces modèles ont également pris en compte le fait d'avoir subi des discriminations pour raisons de santé (annexe 26). Avoir subi des discriminations multiplie le risque d'avoir renoncé à des soins par 1,4 pour les personnes ayant une LF absolue, par 1,50 pour celles ayant une restriction

d'activité et par 1,7 pour celles ayant une reconnaissance d'un handicap ou d'une perte d'autonomie.

Un renoncement aux soins plus fréquent chez les personnes handicapées n'ayant pas de couverture complémentaire ou de prise en charge à 100% de l'ensemble de leurs soins

L'absence de couverture médicale complémentaire est un facteur connu de renoncement aux soins, en particulier pour les soins dont les remboursements par l'Assurance maladie sont peu élevés. Pour les personnes ayant de faibles revenus, ce qui est le cas d'une partie importante de personnes handicapées n'ayant pas accès à l'emploi, le recours à la CMU-complémentaire permet de compléter le remboursement de l'Assurance-maladie. Par ailleurs, une partie des personnes peuvent bénéficier d'une prise en charge à 100% par la Sécurité sociale, pour l'ensemble des soins (pensions d'invalidité, pension militaire, etc.).

En prenant en compte l'âge, le sexe, la PCS du ménage, la région, le fait d'avoir subi des discriminations pour raisons de santé et l'absence de couverture complémentaire ou de prise en charge à 100% pour les des soins, le renoncement aux soins est plus de deux fois plus élevé chez les personnes n'ayant pas de couverture complémentaire, quel que soit le critère de handicap (annexe 27). Par ailleurs, le modèle confirme le risque plus élevé en Île-de-France d'avoir renoncé à des soins (même si on est à la limite de la significativité pour les personnes ayant une limitation fonctionnelle absolue ou une restriction d'activité).

Le niveau de diplôme / d'études n'est pas associé au renoncement aux soins

Les modèles de régression logistique (non représentés ici) mesurant le renoncement aux soins et intégrant le niveau de diplôme ou d'études (avec l'âge, le sexe, la zone géographique de résidence, les discriminations pour raison de santé) ne mettent pas en évidence d'association entre le renoncement aux soins et le niveau de diplôme ou d'études, quel que soit le critère de handicap pris en compte.

Conclusion

La loi du 11 février 2005 pour « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » marque un tournant dans les politiques du handicap. Elle a posé pour la première fois une définition du handicap, qui résulte de l'interaction entre les incapacités d'une personne et l'inadaptation totale ou partielle de son environnement (Gohet, 2007). Le texte vise à agir autant sur les causes individuelles qu'environnementales. C'est ainsi qu'il pose le principe d'accessibilité généralisée « l'accès à tout pour tous », éducation, scolarisation et formation, logement, emploi, vie sociale et culturelle, transports, cadre bâti, etc. Un autre grand principe de cette loi, complémentaire, est le droit à compensation du handicap, quelles que soient l'origine et la nature des déficiences, son âge ou son mode de vie. Ce droit à compensation est établi dans le cadre d'un projet de vie de la personne. « La compensation et l'accessibilité sont deux concepts complémentaires : la Cité, rendue accessible, est praticable par les personnes handicapées au moyen des mesures de compensation individualisées qu'elles peuvent se procurer » (Gohet, 2007).

La première grande enquête nationale sur le handicap et la dépendance (HID) en France, réalisée par l'Insee en 1998-1999 avait permis d'apporter de nombreuses connaissances sur le handicap, les caractéristiques et conditions de vie des personnes handicapées, l'accès à l'emploi, la vie dans la cité, etc. Dix ans après, cette enquête a été renouvelée, l'enquête Handicap-Santé, avec de nombreux changements par rapport à HID, notamment du fait de modifications du contexte législatif, de l'adoption d'une nouvelle classification du handicap et de la prise en compte de nombreux aspects de santé dans la continuité de l'enquête décennale santé.

La taille importante de l'échantillon national (près de 30 000 personnes) et l'importance de la région francilienne (en France, près de 1 personne sur 5 réside en Île-de-France) ont permis de réaliser une exploitation régionale de cette enquête. Les objectifs ont été de mieux connaître les adultes de 20 ans ou plus handicapés ou en situation de handicap, de repérer les spécificités franciliennes sur les conditions de vie de ces personnes en termes de participation sociale et de facteurs environnementaux ainsi que la santé et le recours aux soins et d'étudier les liens entre ces indicateurs et les inégalités sociales.

Une diversité des populations handicapées

Le premier constat, déjà bien étayé dans les exploitations de l'enquête HID (Mormiche P. , 2000) (Ville, Ravaud, & Letourmy, 2003), est la diversité des populations handicapées et l'irréductibilité des différents modes de désignation du handicap.

L'analyse selon les différentes approches du handicap montre que les restrictions d'activité sont celles qui entraînent globalement le plus de difficultés en termes d'accessibilité au sens large, suivies par la reconnaissance d'un handicap. Si les limitations fonctionnelles témoignent d'un critère de gravité moindre que la restriction d'activité ou que la reconnaissance d'un handicap, leur impact semble plus limité mais déjà existant. Il est en effet toujours constaté un écart entre

les personnes ayant une limitation fonctionnelle absolue et celles n'en ayant pas en termes d'accès à la formation, à l'emploi, aux lieux publics, aux transports, aux soins.

Une situation défavorable des personnes handicapées, en Île-de-France comme dans le reste de la France

Cette étude montre pour l'Île-de-France et le reste de la France une **situation très défavorable des personnes handicapées**, avec un isolement social plus marqué (personnes vivant plus souvent seules ou dans une famille monoparentale), une qualification moindre témoignant de difficultés d'accès à la formation et une part importante de la population en inactivité ou au chômage, indicateurs d'une insertion professionnelle problématique. Des exploitations nationales de l'enquête HID puis de l'enquête Handicap-Santé avaient mis en avant cette situation défavorable en termes de carrière et de participation sociale des personnes handicapées (Barral & Lo, 2011).

L'analyse régionale a également retrouvé en Île-de-France comme en dehors de l'Île-de-France **de plus grandes difficultés de mobilité et d'accessibilité des lieux**, avec des sorties du domicile moins fréquentes chez les personnes ayant un handicap, des difficultés d'utilisation des transports en commun déclarées par la moitié des personnes handicapées, un accès souvent difficile aux lieux du cadre de vie, de la formation ou de l'emploi ou encore aux lieux de soins. Ces résultats ne sont pas spécifiques de la région Île-de-France puisque de tels constats ont été faits au niveau national. (Barral & Lo, 2011).

Les vécus de discriminations en général ou pour raison de santé s'avèrent également particulièrement importants en Île-de-France et dans le reste de la France parmi les personnes handicapées. Résultats qui ont déjà fait l'objet de publications au niveau national (Barral & Lo, 2011). **Ce vécu particulièrement fréquent implique de développer l'information de la population sur ce qu'est le handicap, qui pourrait par exemple être mise en place dès l'entrée en milieu scolaire.**

En termes de santé, **les personnes handicapées se déclarent en moins bonne santé générale.** Cet état de santé général plus dégradé peut s'expliquer en partie par le fait que les personnes handicapées présentent davantage de problèmes de santé que les personnes non handicapées du fait de leurs besoins spécifiques et des pathologies associées à leur handicap (OMS, 2011). Les personnes ayant un handicap déclarent aussi un état de santé bucco-dentaire plus dégradé. Ce constat peut s'expliquer par différents facteurs : mauvaise hygiène buccale, peur voire anxiété lors de soins dentaires, absence d'expression de la douleur pouvant diminuer le recours à ces soins, etc. (Hennequin, 2008) ou encore renoncement aux soins dentaires pour raisons financières.

Le recours aux soins est plus fréquent chez les personnes handicapées que chez les autres, ce qui avait été montré dans des exploitations de l'Enquête Santé et Protection Sociale de l'Irdes

ou de l'enquête décennale santé de l'Insee (2002-2003) (Sermet, 2008). Malgré ce recours plus fréquent expliqué par les besoins spécifiques des personnes ayant un handicap, certains spécialistes semblent plus difficiles d'accès, notamment le gynécologue pour les femmes, que ce soit en Île-de-France ou dans le reste de la France. Les difficultés peuvent notamment résider dans l'accessibilité des bâtiments, de la table d'examen, des toilettes, des obstacles liés à la méconnaissance du handicap par le personnel, des obstacles qui peuvent être liés aussi à une mauvaise rémunération des consultations pour personnes en situation de handicap qui sont plus longues (Sainte Rose, 2008).

Cependant malgré ce recours aux soins plus fréquent, les **personnes handicapées se déclarent moins souvent à jour de leurs vaccinations que les autres.**

Les personnes handicapées ont aussi plus souvent renoncé à des soins, principalement pour raisons financières, constat retrouvé dans d'autres études (Sermet, 2008). Certains facteurs vont contribuer à ce renoncement aux soins comme le vécu de discriminations, l'absence d'une couverture complémentaire. L'accès aux soins des personnes en situation de handicap, qui est une population avec des caractéristiques et des besoins spécifiques, constituerait ainsi un indicateur révélateur de l'équité du système de santé (MacLachlan, Mannan, & Mcauliffe, 2011).

Des inégalités sociales qui se retrouvent chez les personnes handicapées à tous les niveaux

En termes **d'inégalités sociales**, si l'on retrouve le constat déjà largement étudié de prévalences plus faibles du handicap lorsque la catégorie socio-professionnelle est plus élevée, il est aussi constaté une moins bonne perception de sa santé parmi les personnes handicapées appartenant aux PCS « employés » ou « ouvriers », une moins bonne perception de sa santé bucco-dentaire et un renoncement aux soins plus fréquent chez les « employés », « ouvriers » ou « inactifs », un recours au spécialiste et notamment au gynécologue pour les femmes moins élevé ainsi qu'un vécu de discriminations plus fréquent parmi les PCS situées au bas de l'échelle sociale. Il est aussi observé que les personnes handicapées moins diplômées ont plus souvent déclaré avoir ressenti des discriminations, perçoivent leur santé générale ou bucco-dentaire comme moins bonne, ont moins souvent recours au spécialiste.

Ainsi, les personnes handicapées socialement moins favorisées cumulent la situation de handicap et le désavantage lié à leur appartenance sociale. Un article avait mis en avant la double peine des ouvriers, qui non seulement vivent moins longtemps que les personnes socialement plus favorisées mais vivent aussi plus longtemps avec des incapacités (Cambois, Laborde, & Robine, 2008).

Outre le développement de l'accès à la formation et à l'insertion professionnelle déjà évoqué plus haut, **une attention particulière est ainsi à apporter aux personnes handicapées plus défavorisées socialement, et donc plus vulnérables.**

Des inégalités selon le sexe

Si le **critère d'âge** a été privilégié dans les analyses bivariées plutôt que le **critère sexe**, du fait de prévalences de handicap variant bien plus entre les âges qu'entre les sexes, des différences entre les sexes existent sur de nombreux aspects. Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir des limitations fonctionnelles absolues ou des restrictions d'activité, mais les hommes sont plus nombreux à avoir une reconnaissance administrative d'un handicap ou d'une perte d'autonomie. Ce constat surprenant avait déjà été mis en évidence dans une exploitation de l'enquête HID qui montrait que les inégalités en matière de reconnaissance sociale du handicap touchaient notamment les femmes (Ville, Ravaud, & Letourmy, 2003). Cette moindre reconnaissance d'un handicap pour les femmes s'explique en partie par une moindre demande de reconnaissance de leur part mais aussi par une « gestion sociale du handicap » différente entre hommes et femmes puisque lorsqu'elles font une demande, une reconnaissance leur est moins souvent accordée (Ravaud & Ville, 2003).

En terme d'emploi, les femmes handicapées en âge de travailler sont plus souvent en inactivité que les hommes mais ne sont en revanche pas plus souvent au chômage. Elles ne se sentent pas non plus plus souvent victimes de discriminations que les hommes. Celles ayant une reconnaissance d'un handicap se perçoivent par contre plus souvent en mauvaise ou très mauvaise santé et perçoivent également leur santé bucco-dentaire comme moyenne, mauvaise ou très mauvaise lorsqu'elles ont une reconnaissance d'un handicap. Le renoncement aux soins est également plus fréquent chez celles ayant une reconnaissance d'un handicap, à âge, PCS, région comparables, y compris lorsque sont pris en compte le fait d'avoir subi des discriminations et l'absence de couverture complémentaire.

Des spécificités de la région francilienne

Les résultats de cette étude ont permis de mettre en avant des **spécificités de la région francilienne pour les personnes handicapées**.

- Si la prévalence globale du handicap est plus faible en Île-de-France que dans le reste de la France, cette différence est en fait expliquée par une structuration sociale plus favorisée en Île-de-France par rapport au reste de la France, sauf pour **la reconnaissance administrative qui reste inférieure en Île-de-France**. Ce constat pose la question de savoir s'il y a de plus grandes difficultés d'accès à la reconnaissance d'un handicap en Île-de-France (par manque d'information par exemple) ou si les Franciliens, bien que déclarant des niveaux comparables de limitations fonctionnelles ou de restrictions d'activité que dans le reste de la France, seraient dans des situations de gravité moindre entraînant de ce fait moins souvent une reconnaissance administrative. Cette dernière hypothèse pourrait être expliquée par un effet de sélection de la région, où les conditions de vie plus difficiles amèneraient les personnes en situation de handicap plus sévère à quitter la région, ou encore par une offre insuffisante

de services et établissements pour cette population les obligeant également à quitter la région. Il serait nécessaire d'approfondir ces questions pour savoir sur quels leviers agir.

- En termes de mobilité, **les difficultés d'utilisation des transports en commun**, fréquentes chez les personnes ayant un handicap, sont particulièrement marquées en Île-de-France par rapport au reste de la France et particulièrement chez les personnes de moins de 60 ans. La raison plus spécifiquement citée en Île-de-France par les personnes handicapées est de rester debout lors des trajets. L'usage important des transports en commun, la densité de la population francilienne contribuent à une forte affluence dans le réseau de transports franciliens. L'enquête globale transports de 2010 (STIF, DRIEA, & IAU Île-de-France, 2012) montre ainsi que l'utilisation des transports en commun a progressé de 20% entre 2001 et 2010, touchant surtout Paris et le cœur de l'agglomération parisienne, plutôt en dehors des heures de pointe, tandis que l'utilisation de la voiture s'est stabilisée. De plus, les Franciliens utilisent autant les transports en commun que la voiture pour se rendre au travail alors que 80% des actifs de province vont travailler en voiture (Caenen, Courel, Paulo, & Schmitt, 2011). Par ailleurs, les Franciliens ont des temps de trajet deux fois plus longs qu'en province (Caenen, Courel, Paulo, & Schmitt, 2011). Si l'amélioration des transports en Île-de-France est en œuvre et doit se poursuivre, des pistes seraient à explorer pour que les personnes ayant des limitations fonctionnelles ou restrictions d'activité mais pas de reconnaissance d'un handicap puissent avoir prioritairement des places assises. Les montées et descentes des véhicules sont citées aussi de manière fréquente, mais ne sont pas spécifiques de la région francilienne, et les efforts sont à poursuivre sur la mise en accessibilité des transports.
- La région francilienne est aussi marquée par **une accessibilité plus difficile de certains lieux par rapport au reste de la France, plus souvent déclarée par les personnes de 60 ans ou plus**. Si l'environnement physique inadapté est cité par plus de 7 personnes handicapées sur 10, en Île-de-France comme dans le reste de la France, certaines raisons sont plus souvent citées par les Franciliens : communication plus difficile, manque d'écoute ou d'attention, multiplicité des interlocuteurs, personnels d'accueil non spécialisés, moqueries des gens, rejet, etc. Des hypothèses d'explication peuvent résider dans un contexte francilien plus difficile avec une densité élevée de population et une forte affluence dans les différents lieux de vie mais aussi par un manque de prise en compte des situations de handicap, pouvant être lié à un manque de formation / d'information sur le handicap.

Si dans le cadre de la loi de février 2005, l'échéance du 1^{er} janvier 2015 avait été prévue pour la mise en accessibilité des établissements recevant du public (ERP), un récent rapport de l'Igas (Bellurot, Debiesse, Raymond, Chain, & Renaudin, 2011) fait le constat que cette échéance ne pourra pas être respectée compte tenu « de l'ampleur des travaux à réaliser » : ainsi seuls 15% des établissements recevant du public sont

aujourd'hui accessibles. Les auteurs du rapport jugent néanmoins nécessaire de maintenir cette échéance, et de prendre des mesures pour définir des objectifs d'accessibilité intermédiaires.

- **L'insertion professionnelle** des personnes handicapées est un point fondamental. Ces personnes ne sont, en Île-de-France, pas plus souvent inactives que celles ne se trouvant pas dans l'une des situations de handicap définies dans cette étude, ce qui témoigne d'une bonne insertion professionnelle. **Elles sont en revanche plus souvent au chômage que dans le reste de la France, et cela bien que le niveau de diplôme ou d'études soit plus élevé chez les Franciliens handicapés par rapport à leurs homologues non Franciliens.** Et malgré une situation économique plus favorable en Île-de-France, comme en témoigne le taux de chômage globalement plus bas que dans les autres régions : 6,8% de la population active au 4^{ème} trimestre 2008 contre 8,0% en France métropolitaine (données en moyenne trimestrielle et corrigées des variations saisonnières, Insee taux de chômage localisés). Des hypothèses d'explication pourraient résider d'une part dans le fait qu'une partie des personnes en situation de handicap en Île-de-France restent au chômage dans l'attente de retrouver un emploi, alors que dans le reste de la France, les personnes dans une même situation pourraient devenir inactives. D'autres hypothèses résideraient dans un environnement ne facilitant pas l'accès à l'emploi des personnes en situation de handicap, telles que les difficultés d'accès aux transports, l'accessibilité des lieux de travail, les aménagements de poste insuffisants, les discriminations dans les services publics ne favorisant pas l'accès aux droits, le manque d'information, etc. Cela est aussi à mettre en corrélation avec la proportion plus élevée d'entreprises franciliennes ne respectant pas l'obligation légale d'emploi des personnes handicapées. Une priorité est ainsi à donner à l'emploi des actifs ayant un handicap, par un accompagnement plus important des chômeurs, par le développement de mesures pouvant favoriser l'accès à l'emploi ou le maintien dans l'emploi lors de la survenue d'un handicap. En effet, chaque année sont recensés en France 120 000 licenciements pour inaptitude, lorsque le handicap est survenu en cours de carrière alors que d'autres solutions pourraient être envisagées, notamment l'adaptation du poste de travail, un nouvel emploi au sein de l'entreprise (Campion & Debré, 2012).

Par ailleurs, bien que les personnes handicapées soient plus diplômées en Île-de-France que dans le reste de la France, **leur accès plus difficile à la formation nécessite de développer des dispositions pour réduire ces inégalités.**

- Si le recours aux médecins généralistes ou spécialistes chez les personnes handicapées ne diffère pas entre l'Île-de-France et le reste de la France, **certains indicateurs témoignent d'un moins bon suivi de leur santé chez ces personnes en Île-de-France : ainsi les Franciliens ayant un handicap ont une moins bonne perception de leur santé bucco-dentaire et se déclarent moins souvent à jour de leurs**

vaccinations. Le fréquent renoncement aux soins dentaires peut expliquer cette moins bonne perception.

- **Le renoncement aux soins chez les personnes handicapées est aussi plus élevé en Île-de-France que dans le reste de la France.** Certaines hypothèses peuvent expliquer ce renoncement aux soins plus élevé en Île-de-France, ainsi les fréquents dépassements d'honoraires des médecins en Île-de-France, des refus de prise en charge de patients bénéficiant de la CMU par exemple mais aussi une offre de soins très disparate selon les départements, où Paris et les Hauts-de-Seine sont les départements les plus dotés en médecins généralistes et spécialistes, tandis que les autres départements ont des densités en généralistes inférieures à la moyenne nationale et la moitié des départements (Seine-et-Marne, Essonne, Seine-Saint-Denis, Val-d'Oise) ont des densités en spécialistes inférieures à la moyenne nationale. Si ces facteurs sont vrais pour la population générale, ils ne s'expriment qu'avec plus d'acuité chez les personnes handicapées. Par ailleurs, des études sur le renoncement aux soins pour raisons financières réalisées en population générale en région parisienne soulignaient qu'il s'agissait d'une question complexe, renvoyant à des questions financières mais aussi à d'autres aspects tels que la frustration ressentie par les personnes entre leurs attentes en termes de soins médicaux (attentes socialement différenciées) et ce qu'elles obtenaient effectivement (Renahy, Vallée, Parizot, & Chauvin, 2011). De plus, à niveau socio-économique comparable, ce renoncement aux soins s'exprime beaucoup plus chez les personnes ayant connu des trajectoires de vie difficiles (événements graves, ruptures biographiques) (Renahy, Vallée, Parizot, & Chauvin, 2011). Une autre étude, à partir de l'enquête ESPS et des données administratives de remboursement de soins, montre l'impact des facteurs socio-économiques tout au long de la vie des individus sur l'accès financier aux soins et suggère que la question de l'accès aux soins ne peut être totalement résolue par l'universalisation de l'assurance santé ni par l'attribution d'une couverture complémentaires aux plus pauvres, même si cette dernière est associée au recours aux soins (Desprès, Dourgnon, Fantin, & Jusot, 2011).

De nombreuses pistes d'amélioration de l'accès aux soins des personnes en situation de handicap ont été évoquées lors de la Commission d'audition sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap (Haute Autorité de Santé, 2008) : développer la formation des professionnels de santé sur le handicap, développer la mise en place de formules d'accompagnement individualisé (ex : interprètes en langue des signes), améliorer l'accessibilité des lieux de soins et l'adaptation des matériels de soins, prendre en compte dans la tarification la nécessité de consultations plus longues pour les personnes en situation de handicap (en adaptant cette tarification).

Le Schéma d'organisation médico-social du Projet régional de santé, élaboré par l'ensemble des acteurs régionaux a été arrêté par l'ARS Île-de-France et a deux axes stratégiques : organiser une offre médico-sociale adaptée et de proximité, entre prévention, soins, et accompagnement et améliorer la qualité de l'accompagnement pour assurer un parcours de vie et de santé répondant aux besoins des personnes.

Bibliographie

- Le suivi des indicateurs du Plan régional de santé publique 2006-2010 en Île-de-France, Edition actualisée et complétée.* (2009). Groupement régional de santé publique d'Île-de-France, Observatoire régional de santé d'Île-de-France.
- Chiffres-clés de la région Île-de-France 2012.* (2012). Insee; IAU Île-de-France; CRCI Paris Île-de-France.
- Allonier, C., Guillaume, S., & Rochereau, T. (2006, juillet). Enquête Santé et Protection Sociale 2004 : premiers résultats. *Questions d'économie de la santé n°110, Irdes.*
- Auvray, L., Doussin, A., & Le Fur, P. (2003, Décembre). Santé, soins et protection sociale en 2002. *Questions d'économie de la santé n°78, Irdes.*
- Barral, C., & Lo, S.-H. (2011). La participation sociale des personnes handicapées de 20 à 59 ans. Les premiers enseignements de l'enquête Handicap-Santé de 2008. Dans *Handicaps : où en sommes-nous ?* La Documentation française.
- Bellurot, N., Debieesse, G., Raymond, M., Chain, P., & Renaudin, N. (2011). *Rapport sur les modalités d'application des règles d'accessibilité du cadre bâti pour les personnes handicapées.* Igas.
- Billaud, S., & Gramain, A. (2006, septembre). Les déterminants de l'entrée en institution des personnes âgées. *ADSP.*
- Bontout, O., Colin, C., & Kerjosse, R. (2002). Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040. *Etudes et résultats n°160, Drees.*
- Bosc, S. (2011). *Stratification et classes sociales : la société française en mutation.* Paris: Armand Colin.
- Bouvier, G. (2011). *Le volet Ménages de l'enquête Handicap-Santé. Présentation, calcul des poids.* Insee.
- Bouvier, G. (2011, Octobre). *L'enquête Handicap-Santé. Présentation générale.* Insee.
- Bouvier, G., & Niel, X. (2010, Juillet). Les discriminations liées au handicap et à la santé. *Insee Première n°1308, Insee.*
- Caenen, Y., Courel, J., Paulo, C., & Schmitt, D. (2011). Les Franciliens utilisent autant les transports en commun que la voiture pour se rendre au travail. *Note rapide n°542.*
- Cambois, E., & Robine, J.-M. (2003, 39). Concepts et mesure de l'incapacité : définitions et application d'un modèle à la population française. *Retraite et société*, pp. 59-91.
- Cambois, E., Laborde, C., & Robine, J.-M. (2008, janvier). La "double peine" des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte. *Population et sociétés n°441, Ined.*
- Campion, C.-L., & Debré, I. (2012). *Rapport d'information n°635(2011-2012) sur l'application de la loi n°2005-12 du 11 février 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.* Commission pour le contrôle de l'application des lois, Sénat.
- Charrier, R., & Saladino, C. (2010, Février). Handicap, incapacité et dépendance dans les Hauts-de-Seine : une mosaïque de situations. *Insee Île-de-France à la page.*

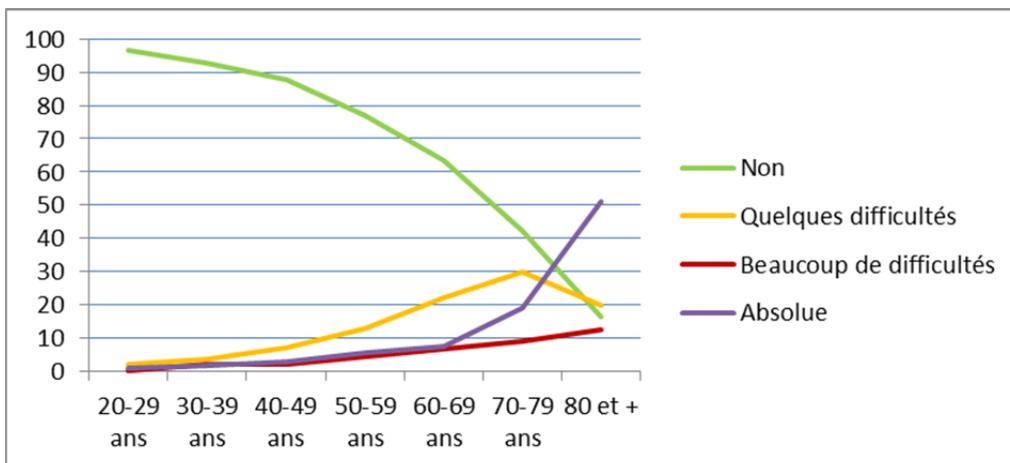
- Charrier, R., & Saladino, C. (2011, Janvier). Handicap ou incapacité des 20-59 ans dans les Hauts-de-Seine : l'insertion professionnelle plus difficile que l'insertion sociale. *Insee Île-de-France à la page*.
- Charrier, R., & Saladino, C. (2011, janvier). Handicap ou incapacité des 20-59 ans dans les Hauts-de-Seine : une personne sur deux pour les actes de la vie quotidiennes. *Insee Île-de-France à la page*.
- CTNERHI. (s.d.). *Classification Internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé de l'Organisation mondiale de la santé*. Consulté le septembre 25, 2012, sur www.ctnerhi.com.fr:
http://www.ctnerhi.com.fr/ccoms/.../2005_CIFglobal_revu_au_250707.pdf
- De Berny, C. (2012, Juin). Un tiers des Franciliens est diplômé de l'enseignement supérieur. *Note rapide n°595, IAU Île-de-France*.
- Desprès, C., Dourgnon, P., Fantin, R., & Jusot, F. (2011, novembre). Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique. *Questions d'économie de la santé n°170, Irdes*.
- Desrosières, A., & Thévenot, L. (2002). *Les catégories socio-professionnelles*. Paris: La Découverte.
- DIPH. (2006, décembre). Définition de l'accessibilité : une démarche interministérielle. Consulté le janvier 3, 2013, sur http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/GuideAccessibilite_DIPH.pdf
- Gohet, P. (2007). *Bilan de la loi du 11 Février 2005 et de la mise en place des Maisons Départementales des Personnes handicapées*. Paris.
- Halfen, S., Saunal, A., Laurent, P., Pépin, P., & Grémy, I. (2010). *Profils socio-sanitaires départementaux (région et départements)*. Observatoire régional de santé d'Île-de-France.
- Haute Autorité de Santé. (2008). *Audition publique : accès aux soins des personnes en situation de handicap*. Paris.
- Hennequin, M. (2008). *Accès aux soins bucco-dentaires. Audition publique : accès aux soins des personnes en situation de handicap*. Paris: Haute Autorité de santé.
- Insee. (s.d.). *Pauvreté en 2009 : comparaisons départementales*.
- Katz, S., Ford, A., Moskowitz, R., Jackson, B., & Jaffe, M. (1963). Studies of illness in the aged: the index of ADL, a standardized measure of biological and psychological function. *Journal of American Medical Association*(185), pp. 914-919.
- Lawton, M., & Brody, E. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*(9), pp. 179-186.
- MacLachlan, M., Mannan, H., & McAuliffe, E. (2011). Access to health care of persons with disabilities as an indicator of equity in health systems. *open Medecine vol.5 n°1*, 10-12.
- Melchior, M., Lert, F., Martin, M., & Ville, I. (2006). Socioeconomic position in childhood and in adulthood and functional limitations in midlife: Data from a nationally-representative survey of French men and women. *Social Science & Medecine*, 2813-2824.

- Midy, L. (2009, Août). Enquête vie quotidienne et santé. Limitations dans les activités et sentiment de handicap ne vont pas forcément de pair. *Insee première*.
- Mipes. (2010). *Recueil statistique relatif à la pauvreté et à la précarité en Île-de-France au 31 décembre 2009*.
- Montaut, A. (2010, Février). Santé et recours aux soins des femmes et des hommes. Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008. *Etudes et résultats n°717*.
- Mormiche, P. (2000, Octobre). Le handicap se conjugue au pluriel. *Insee Première*.
- Mormiche, P., & Boissonnat, V. (2003, janvier-juin). Handicap et inégalités sociales : premiers apports de l'enquête "Handicaps, incapacités, dépendance". *Handicap, incapacités, dépendance, Revue française des affaires sociales*.
- OMS. (2011). *Rapport mondial sur le handicap*.
- Piveteau, D. (2010). Le handicap, vecteur de sens ? Dans D. Chastenet, & A. Flahault, *Handicaps et innovation* (pp. 119-125). Rennes: Presses de l'EHESP.
- Ravaud, J.-F. (2009, octobre). Définition, classification et épidémiologie du handicap. *La revue du praticien, vol 59*.
- Ravaud, J.-F., & Ville, I. (2003, janv-juin). Les disparités de genre dans le repérage et la prise en charge des situations de handicap. *Revue française des affaires sociales, n°1-2, La documentation française*.
- Renahy, E., Vallée, J., Parizot, I., & Chauvin, P. (2011). Le renoncement aux soins pour raisons financières dans l'agglomération parisienne. Déterminants sociaux et évolution entre 2005 et 2010 dans la cohorte SIRS. *Le renoncement aux soins*. Paris: Drees.
- Sagot, M. (2011, Mai). Les minorités visibles les plus exposées aux discriminations. *Note rapide n°545, IAU Île-de-France*.
- Sainte Rose, D. (2008). Accès aux soins gynécologiques. *Audition publique : accès aux soins des personnes en situation de handicap*. Paris: Haute Autorité de santé.
- Sermet, C. (2008). Données statistiques sur la consommation de soins. *Audition publique : accès aux soins des personnes en situation de handicap*. Paris: Haute Autorité de Santé.
- Soullisse, P., & Vallée, B. (2008). *Atlas national 2008 : l'emploi et l'insertion professionnelle des personnes handicapées*. AGEFIPH, FIPHFP.
- STIF, DRIEA, & IAU Île-de-France. (2012, Septembre). *Enquête globale transports. La mobilité en Île-de-France. n°1*. OMNIL.
- Ville, I., Ravaud, J.-F., & Letourmy, A. (2003, janv-juin). Les désignations du handicap. Des incapacités déclarées à la reconnaissance administrative. *Revue française des affaires sociales, Handicaps, incapacités, dépendance*.

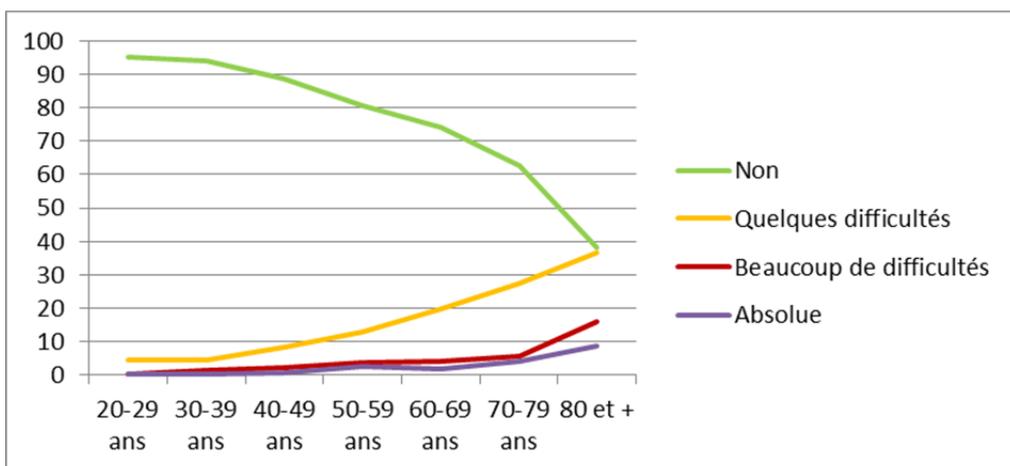
Annexes

Annexe 1 : Evolution des limitations fonctionnelles (sans aide technique ou humaine sauf port de lunettes et appareil auditif) selon l'âge en Île-de-France (en %)

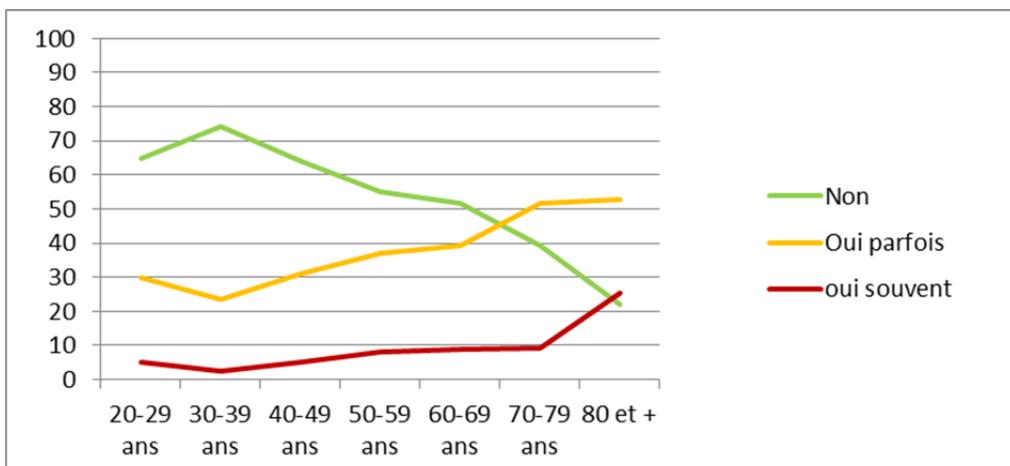
Limitations motrices/physiques



Limitations sensorielles



Limitations cognitives et psychiques



Annexe 2 : Avoir au moins une limitation motrice, sensorielle absolue, cognitive grave - population des 20 ans ou plus (Modèles de régressions logistiques, pondérés et redressés)

Odds ratio (IC – 95%)	Au moins une limitation motrice absolue	Au moins une limitation sensorielle absolue	Au moins une limitation cognitive grave
Par année < 60 ans	1,05 (1,04 – 1,06)	1,05 (1,03 – 1,06)	1,01 (1,00 – 1,01)
Par année >= 60 ans	1,10 (1,09 – 1,11)	1,07 (1,06 – 1,08)	1,05 (1,06 – 1,06)
Etre de sexe féminin	2,00 (1,78 – 2,24)	0,99 (0,81 – 1,21)	0,92 (0,82 – 1,05)
Résider en Île-de-France	0,84 (0,72 – 0,99)	0,70 (0,51 – 0,97)	0,86 (0,71 – 1,03)

*Les valeurs en gras sont significatives à au moins 5%.

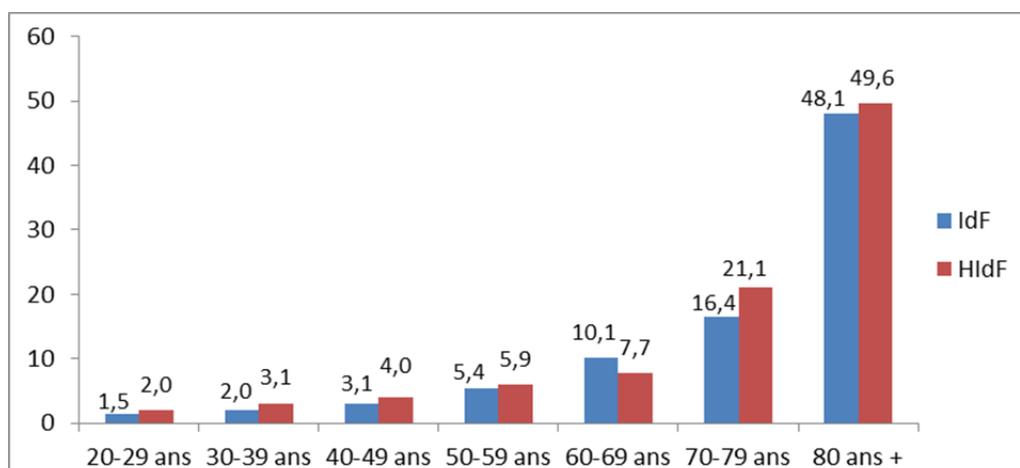
Lecture : le risque d'avoir une limitation motrice absolue augmente de 5% chaque année entre 20 et 59 ans, à sexe et zone géographique de résidence comparables. Le risque d'avoir une limitation motrice absolue est 2 fois plus élevé quand on est une femme, à âge et zone géographique de résidence comparables.

Annexe 3 : Avoir une limitation fonctionnelle absolue/grave, une restriction d'activité parmi les ADL ou les IADL, une reconnaissance d'un handicap/perte d'autonomie (Modèles de régression logistique avec prise en compte linéaire de l'âge, pondérés et redressés)

Odds ratio (IC – 95%)	Au moins une limitation fonctionnelle absolue	Avoir une restriction d'activité	Avoir une reconnaissance d'un handicap/perte d'autonomie
20-59 ans			
Par année < 60 ans	1,03 (1,02 – 1,04)	1,04 (1,03 – 1,05)	1,05 (1,05 – 1,06)
Etre de sexe féminin	1,18 (1,03 – 1,36)	1,38 (1,18 – 1,61)	0,72 (0,64 – 0,82)
Résider en Île-de-France	0,76 (0,62 – 0,93)	0,68 (0,55 – 0,84)	0,68 (0,56 – 0,83)
60 ans ou plus			
Par année >= 60 ans	1,09 (1,08 – 1,10)	1,13 (1,12 – 1,14)	1,03 (1,02 – 1,04)
Etre de sexe féminin	1,50 (1,31 – 1,72)	2,17 (1,89 – 2,49)	0,66 (0,57 – 0,77)
Résider en Île-de-France	0,93 (0,76 – 1,14)	0,92 (0,74 – 1,13)	0,97 (0,78 – 1,21)

*Les valeurs en gras sont significatives à au moins 5%.

Annexe 4 : Avoir au moins une restriction forte d'activité (avoir beaucoup de difficultés ou ne pas pouvoir faire seul) parmi les ADL ou les IADL (en %)



Annexe 5 : Limitations fonctionnelles absolues, restriction d'activité, reconnaissance administrative d'un handicap / perte d'autonomie (modèles de régression logistique, pondérés et redressés)

20-59 ans

Odds ratio (IC – 95%)	Avoir au moins une LF absolue	Avoir une RA	Avoir une RHP
Par année < 60 ans	1,04 (1,03 – 1,04)	1,05 (1,04 – 1,06)	1,06 (1,06 – 1,07)
Etre de sexe féminin	1,19 (0,99 – 1,42)	1,41 (1,17 – 1,70)	0,63 (0,52 – 0,75)
Cadre / prof intell sup	réf	réf	réf
Artisans, commerçants	1,74 (1,06 – 2,86)	1,84 (0,98 – 3,45)	1,18 (0,74 – 1,87)
Prof intermédiaires	1,67 (1,13 – 2,48)	1,75 (1,08 – 2,85)	1,68 (1,26 – 2,10)
Employés	2,91 (2,01 – 4,21)	2,70 (1,70 – 4,29)	2,70 (2,08 – 3,38)
Ouvriers	4,27 (2,97 – 6,13)	4,88 (3,03 – 7,84)	3,35 (2,35 – 3,73)
Agriculteurs exploitants	2,91 (1,63 – 5,20)	2,60 (1,27 – 5,33)	2,00 (1,29 – 2,39)
Inactifs – avec prestations invalidité	54,5 (36,4 – 81,5)	112,3 (67,9 – 185,6)	2,10 (6,08 – 10,2)
Inactifs –sans prestations invalidité	4,10 (2,77 – 6,06)	6,03 (3,65 – 9,97)	
Résider en Île-de-France	0,91 (0,73-1,14)	0,83 (0,65-1,05)	0,80 (0,63-1,00)

Sans activité : y compris élèves, étudiants, chômeurs n'ayant jamais travaillé

*Les valeurs en gras sont significatives à au moins 5%.

60 ans ou plus

Odds ratio (IC – 95%)	Avoir au moins une LF absolue	Avoir au moins une RA	Avoir une RHP
Par année >= 60 ans	1,09 (1,08 – 1,10)	1,13 (1,12 – 1,14)	1,02 (1,02 – 1,04)
Etre de sexe féminin	1,37 (1,17 – 1,59)	2,00 (1,70 – 2,34)	0,60 (0,51 – 0,71)
Cadre / prof intell sup	réf	réf	réf
Artisans, commerçants	1,65 (1,20 – 2,29)	1,83 (1,31 – 2,57)	1,17 (0,80 – 1,73)
Prof intermédiaires	0,97 (0,71 – 1,31)	1,11 (0,80 – 1,53)	1,52 (1,09 – 2,14)
Employés	1,82 (1,37 – 2,41)	1,98 (1,46 – 2,67)	2,13 (1,54 – 2,94)
Ouvriers	2,40 (1,80 – 3,19)	2,67 (1,99 – 3,58)	2,56 (1,89 – 3,47)
Agriculteurs exploitants	1,90 (1,37 – 2,63)	2,01 (1,43 – 2,83)	1,38 (0,96 – 1,97)
Inactifs – avec prestations invalidité	33,4 (11,7 – 95,6)	59,1 (17,6 – 198,3)	1,80 (1,24 – 2,62)
Inactifs –sans prestations invalidité	2,28 (1,64 – 3,16)	2,50 (1,74 – 3,60)	
Résider en Île-de-France	1,08 (0,87-1,32)	1,07 (0,86-1,33)	1,07 (0,85 - 1,35)

Sans activité : y compris élèves, étudiants, chômeurs n'ayant jamais travaillé

*Les valeurs en gras sont significatives à au moins 5%.

Annexe 6 : Répartition des personnes de 60 ans selon le type de ménage en Île-de-France et la présence ou non d'un handicap (en %)

60 ans ou plus	LF absolue	Pas LF absolue	RA	Pas RA	RHP	Pas RHP
Personne seule	44,3	30,6	48,1	30,0	42,3	33,3
Monoparentale	2,9	3,1	3,2	3,0	1,5	2,9
Couple sans enfant	36,9	52,7	31,7	53,7	43,0	49,3
Couple avec enfant	6,7	9,3	5,8	9,4	7,8	8,7
Autre type de ménage	9,1	4,3	11,3	3,9	5,4	5,8
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectifs	621	765	582	805	368	984
p	S***		S***		NS	

NS : non significatif ; S* p<0,05 ; S** p<0,01 ; S*** p<0,001..

En gras : différences significatives à 5% entre handicap/pas de handicap.

Annexe 7 : Répartition des personnes de 60 ans ou plus selon le type de ménage et la présence ou non d'un handicap en Île-de-France et hors Île-de-France (en %)

60 ans ou plus	LF		RA		RHP	
	IdF	HIdF	IdF	HIdF	IdF	HIdF
Personne seule	44,3	38,6	48,1	41,7	42,3	34,7
Monoparentale	2,9	4,3	3,2	5,0	1,5	3,3
Couple sans enfant	36,9	44,4	31,7	40,2	43,0	49,4
Couple avec enfant	6,7	4,7	5,8	3,8	7,8	5,0
Autre type de ménage	9,1	8,0	11,3	9,2	5,4	7,6
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectifs	621	4543	582	4304	368	2499
p	NS		S*		NS	

NS : non significatif ; S* p<0,05 ; S** p<0,01 ; S*** p<0,001..

En gras : différences significatives à 5% entre Île-de-France/hors Île-de-France.

Annexe 8 : Etre inactif (hors étudiants et retraités) - Personnes de 20-59 ans ayant une LF absolue, une RA ou une RHP (Modèles de régression logistique, pondérés et redressés)

Odds ratio (IC – 95%)	Personnes ayant au moins une LF absolue	Personnes ayant une RA	Personnes ayant une RHP
Par année	1,03 (1,02 – 1,04)	1,02 (1,00 – 1,03)	1,04 (1,03 – 1,05)
Etre de sexe féminin	1,74 (1,36 – 2,22)	1,45 (1,11 – 1,90)	1,88 (1,51 – 2,35)
Diplôme supérieur	réf	réf	réf
Baccalauréat ou équ.	1,04 (0,59 – 1,84)	1,34 (0,75 – 2,41)	1,77 (1,05 – 2,97)
CAP, BEP, sup collège	1,62 (1,06 – 2,47)	2,32 (1,50 – 3,61)	1,69 (1,13 – 2,54)
Brevet collège, collège	2,89 (1,84 – 4,53)	3,73 (2,32– 6,00)	2,95 (1,91 – 4,56)
CEP, primaire	4,08 (2,56 – 6,48)	6,39 (3,91 – 10,4)	3,76 (2,37 – 5,97)
Sans dipl., non scol., inconnu	17,49 (9,50 - 32,2)	7,67 (4,37 – 13,45)	13,07 (7,86 - 21,7)
Résider en Île-de-France	0,56 (0,40 – 0,77)	0,70 (0,48 – 1,01)	1,04 (0,76 – 1,44)

Les valeurs en gras sont significatives à au moins 5%.

Annexe 9a : Etre au chômage - Personnes actives* de 20-59 ans ayant une LF absolue, une RA ou une RHP (Modèles de régression logistique, Pondérés et redressés)

Odds ratio (IC – 95%)	Personnes ayant au moins une LF absolue	Personnes ayant une RA	Personnes ayant une RHP
Par année	0,98 (0,95 – 1,00)	0,99 (0,98 – 1,05)	0,99 (0,97 – 1,02)
Etre de sexe féminin	1,15 (0,73 – 1,81)	0,76 (0,45 – 1,28)	1,08 (0,70 – 1,64)
Diplôme supérieur	réf	réf	réf
Baccalauréat ou équ.	1,59 (0,54 – 4,70)	2,80 (0,89 – 8,81)	1,24 (0,48 – 3,26)
CAP, BEP, sup collège	2,49 (0,97 – 6,42)	1,53 (0,60 – 3,91)	1,53 (0,72 – 3,26)
Brevet collège, collège	3,91 (1,49 – 10,28)	3,06 (1,16– 8,06)	1,19 (0,54 – 2,61)
CEP, primaire	8,26 (3,10 – 22,0)	3,14 (1,18 – 8,36)	1,73 (0,72 – 4,17)
Sans dipl., non scol., inconnu	1,03 (0,30 - 3,55)	0,64 (0,18 – 2,23)	0,61 (0,18 - 2,08)
Résider en Île-de-France	1,63 (0,91 – 2,93)	2,24 (1,09 – 4,60)	1,23 (0,67 – 2,28)

*Personnes occupant un emploi, au chômage, apprentis, stagiaires rémunérés.
Les valeurs en gras sont significatives à au moins 5%.

Annexe 9b : Etre au chômage - Personnes actives* de 20-59 ans ayant une LF absolue, une RA ou une RHP (Modèles de régression logistique, Pondérés et redressés)

Odds ratio (IC – 95%)	Personnes ayant au moins une LF absolue	Personnes ayant une RA	Personnes ayant une RHP
Par année	1,00 (0,97 – 1,02)	1,01 (0,98 – 1,05)	1,01 (0,98 – 1,04)
Etre de sexe féminin	1,13 (0,66 – 1,93)	0,82 (0,47 – 1,44)	1,23 (0,77 – 1,96)
Cadre / prof intell sup	réf	réf	réf
Artisans, commerçants	0,73 (0,17 – 3,09)	0,33 (0,03 – 3,75)	0,83 (0,10 – 6,55)
Prof intermédiaires	0,39 (0,10 – 1,53)	0,67 (0,12 – 3,78)	0,81 (0,23 – 2,88)
Employés	1,33 (0,36 – 4,89)	1,34 (0,25– 7,17)	1,27 (0,38 – 4,25)
Ouvriers	1,51 (0,42 – 5,42)	1,88 (0,34 – 10,3)	2,44 (0,71 – 8,34)
Résider en Île-de-France	1,67 (0,93-2,99)	2,17 (1,07 – 4,41)	1,24 (0,69 - 2,22)

*Personnes occupant un emploi, au chômage, apprentis, stagiaires rémunérés.
Les valeurs en gras sont significatives à au moins 5%.

Annexe 10 : Difficultés d'utilisation des transports en commun chez les 60 ans ou plus selon la présence d'une limitation fonctionnelle absolue, une restriction d'activité ou une reconnaissance d'un handicap/perte d'autonomie en Île-de-France (en %)

60 ans ou plus	LF	Pas LF	RA	Pas RA	RHP	Pas RHP
Pas/peu transports en commun	4,4	5,7	5,5	5,3	3,3	5,8
Non	45,7	87,9	32,1	89,9	55,7	80,0
Oui un peu	16,8	3,8	19,3	3,7	12,2	6,5
Oui beaucoup	10,3	1,9	15,5	0,7	9,7	3,2
Oui je ne peux pas les utiliser	22,8	0,7	27,6	0,3	19,1	4,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectifs	554	772	516	809	340	961
	S***		S***		S***	

NS : non significatif ; S* p<0,05 ; S** p<0,01 ; S*** p<0,001.

Annexe 11 : Difficultés d'utilisation des transports en commun chez les 60 ans ou plus ayant une limitation fonctionnelle absolue, une restriction d'activité ou une reconnaissance d'un handicap/perte d'autonomie en Île-de-France et hors Île-de-France* (en %)

60 ans ou plus	LF absolue/grave		RA		RHP	
	IdF	HIdF	IdF	HIdF	IdF	HIdF
Non	47,8	55,1	34,0	46,9	57,6	60,8
Oui un peu	17,6	12,1	20,4	14,4	12,6	10,1
Oui beaucoup	10,8	8,4	16,4	10,5	10,0	7,5
Oui je ne peux pas les utiliser	23,8	24,5	29,2	28,3	19,8	21,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Effectifs</i>	535 NS	2714	495 S**	2575	330 NS	1535

NS : non significatif ; S* p<0,05 ; S** p<0,01 ; S*** p<0,001.

*Ont été exclues ici les personnes ayant répondu qu'il y avait peu ou pas de transports en commun.

Annexe 12 : Raisons citées par les personnes ayant déclaré avoir des difficultés d'utilisation des transports en commun et ayant une restriction d'activité en Île-de-France et hors Île-de-France (plusieurs réponses possibles, en %)

Difficultés pour...	20-59 ans			60 ans et plus		
	IdF	HIdF	p	IdF	HIdF	p
Vous rendre aux transports	32,1	32,3	NS	39,4	44,4	NS
Monter ou descendre des véhicules	55,0	49,8	NS	72,0	79,1	NS
Repérer votre itinéraire dans les transports en commun	25,5	28,1	NS	16,0	21,0	NS
Rester debout lors des trajets	52,1	42,8	NS	59,0	48,5	S*
Autres raisons	32,7	27,4	NS	26,9	17,8	NS
<i>Effectifs</i>	205	899		355	1632	

NS : non significatif ; S* p<0,05 ; S** p<0,01 ; S*** p<0,001.

Annexe 13 : Raisons citées par les personnes ayant déclaré avoir des difficultés d'utilisation des transports en commun et ayant une reconnaissance d'un handicap / d'une perte d'autonomie en Île-de-France et hors Île-de-France (plusieurs réponses possibles, en %)

Difficultés pour...	20-59 ans			60 ans et plus		
	IdF	HIdF	p	IdF	HIdF	p
Vous rendre aux transports	30,3	30,9	NS	47,5	45,3	NS
Monter ou descendre des véhicules	55,1	51,7	NS	78,8	73,6	NS
Repérer votre itinéraire dans les transports en commun	21,1	26,8	NS	14,1	19,6	NS
Rester debout lors des trajets	56,6	43,5	S*	54,7	48,3	NS
Autres raisons	31,8	28,0	NS	22,7	19,9	NS
<i>Effectifs</i>	204	867		205	871	

NS : non significatif ; S* p<0,05 ; S** p<0,01 ; S*** p<0,001.

Annexe 14 : Proportion de personnes de 60 ans ou plus déclarant que certains lieux leur sont difficiles ou impossibles d'accès selon l'existence d'une restriction d'activité en Île-de-France et hors Île-de-France (en %)

60 ans ou +	IdF			HIdF			p IdF/HIdF
	LF absolue	Pas LF	p	LF absolue	Pas LF	p	
%	22,3	2,0	S***	18,6	1,4	S***	NS
Effectifs	554	746		3811	3991		
	RA	Pas RA	p	RA	Pas RA	p	P IdF/HIdF
%	29,6	0,8	S***	22,0	1,1	S***	S*
Effectifs	516	809		3575	4227		
	RHP	Pas RHP	p	RHP	Pas RHP	p	p IdF/HIdF
%	21,6	5,1	S***	20,5	3,8	S***	NS
Effectifs	340	961		2103	5649		

Annexe 15 : Lieux difficiles ou impossibles d'accès pour les personnes ayant une restriction d'activité ou une reconnaissance administrative en Île-de-France et hors Île-de-France (en % des personnes ayant déclaré des difficultés pour accéder à certains lieux)

	Restriction d'activité						Reconnaissance administrative					
	20-59 ans			60 ans +			20-59 ans			60 ans +		
	IdF	HIdF	p	IdF	HIdF	p	IdF	HIdF	p	IdF	HIdF	p
Ville ou centre-ville	61,7	71,1	NS	70,8	77,7	NS	52,6	67,8	S*	74,5	79,9	NS
Services publics	53,1	57,2	NS	76,0	69,0	NS	43,8	53,2	NS	69,4	68,7	NS
Commerces, services de proximité	55,2	53,3	NS	62,4	62,6	NS	47,0	50,0	NS	66,9	64,6	NS
Supermarché, centre commercial	53,7	50,8	NS	68,9	64,9	NS	47,2	49,9	NS	70,1	58,8	NS
Ets scolaires, enseignement sup	28,7	21,1	NS	25,6	21,2	NS	24,2	21,0	NS	26,1	22,6	NS
Lieux emploi	20,3	14,0	NS	15,3	15,7	NS	17,6	14,9	NS	13,1	16,6	NS
Locaux dans lieu de travail	17,7	13,4	NS	14,8	14,7	NS	17,8	14,0	NS	12,4	15,4	NS
Lieux promenade, jardin public	48,4	39,9	NS	51,6	50,0	NS	41,7	35,1	NS	50,3	50,4	NS
Lieux de soins médicaux	40,8	46,0	NS	51,8	49,2	NS	33,9	42,8	NS	61,0	49,5	NS
Lieux de restauration, cafés	40,9	41,2	NS	46,0	43,2	NS	37,6	37,0	NS	49,5	45,3	NS
Lieux loisirs (ciné, etc.)	59,7	54,2	NS	62,5	54,1	NS	57,2	54,1	NS	57,4	58,7	NS
Chez les proches	43,3	41,6	NS	45,1	44,4	NS	36,5	38,6	NS	45,1	47,5	NS
Bureau de vote	33,9	26,8	NS	37,4	40,2	NS	27,8	24,1	NS	38,9	43,6	NS
Cimetière, lieux de culte	29,2	30,6	NS	40,3	45,0	NS	23,4	26,5	NS	44,7	46,2	NS
<i>n</i>		95	594	169	1100		95	580		112	665	

NS : non significatif ; S* p<0,05 ; S** p<0,01 ; S*** p<0,001.

Annexe 16 : Raisons pour lesquelles les lieux sont difficiles / impossibles d'accès citées par les personnes ayant une restriction d'activité en Île-de-France et hors Île-de-(en % des personnes déclarant que certains lieux sont difficiles d'accès, plusieurs réponses possibles)

	20-59 ans			60 ans +		
	IdF	HIdF	p	IdF	HIdF	p
Environnement physique inadapté	66,4	64,9	NS	67,1	68,1	NS
Signalétique inadaptée	3,1	4,8	NS	1,7	3,9	NS
Accueil humain inadapté	13,6	15,1	NS	16,4	7,9	S*
Accueil matériel inadapté	16,0	26,0	NS	19,0	16,1	NS
Pas places stationnement	9,6	18,3	NS ¹	5,9	11,9	NS
Difficulté de s'orienter	2,7	5,3	NS	0,9	5,3	S**
Attitudes négatives gens	6,8	15,1	NS	6,8	2,7	S*
Autres raisons	38,5	28,2	NS	26,8	31,6	NS
<i>n</i>	95	594		169	1100	

NS : non significatif ; S* p<0,05 ; S** p<0,01 ; S*** p<0,001.

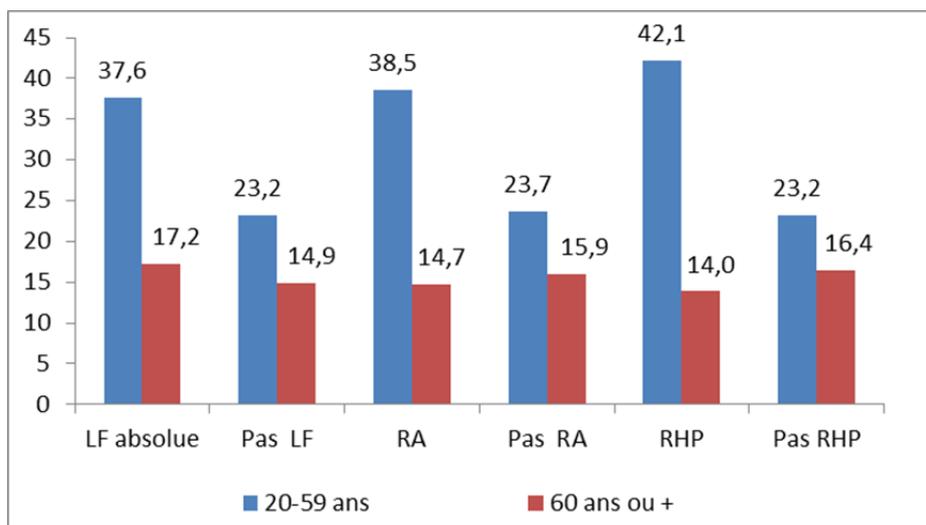
(1) p=0,0626.

Annexe 17 : Raisons pour lesquelles les lieux sont difficiles / impossibles d'accès citées par les personnes ayant une reconnaissance d'un handicap/perte d'autonomie en Île-de-France et hors Île-de-France (en % des personnes déclarant que certains lieux sont difficiles d'accès, plusieurs réponses possibles)

	20-59 ans			60 ans +		
	IdF	HIdF	p	IdF	HIdF	p
Environnement physique inadapté	62,9	64,2	NS	69,5	67,9	NS
Signalétique inadaptée	5,3	5,1	NS	3,0	3,0	NS
Accueil humain inadapté	11,9	14,9	NS	16,6	7,3	S*
Accueil matériel inadapté	12,8	26,4	S**	20,7	15,4	NS
Pas places stationnement	6,7	19,5	S**	11,1	16,3	NS
Difficulté de s'orienter	3,5	5,5	NS	1,1	5,0	S**
Attitudes négatives gens	9,9	15,8	NS	15,2	3,6	S**
Autres raisons	35,0	26,9	NS	22,0	31,3	NS
<i>n</i>	95	580		112	665	

NS : non significatif ; S* p<0,05 ; S** p<0,01 ; S*** p<0,001.

Annexe 18 : Avoir subi des discriminations au cours de la vie selon la présence d'une limitation fonctionnelle absolue, d'une restriction d'activité ou d'une reconnaissance d'un handicap / perte d'autonomie en Île-de-France (en %)



Annexe 19 : Avoir subi au cours de la vie des discriminations pour raisons de santé - Personnes de 20 ans ou plus ayant une LF absolue, une RA ou une RHP (Modèles de régression logistique, pondérés et redressés)

Odds ratio (IC – 95%)	Personnes ayant au moins une LF absolue	Personnes ayant une RA	Personnes ayant une RHP
Par année	0,96 (0,96 – 0,97)	0,95 (0,94 – 0,95)	0,96 (0,95 – 0,97)
Etre de sexe féminin	0,88 (0,69 – 1,13)	0,92 (0,71 – 1,18)	1,00 (0,79 – 1,25)
Cadre / prof intell sup	réf	Réf	réf
Artisans, commerçants	0,76 (0,28 – 2,07)	0,52 (0,23 – 1,16)	1,65 (0,73 – 3,76)
Prof intermédiaires	1,25 (0,68 – 2,29)	1,49 (0,72 – 3,05)	2,25 (1,25 – 4,04)
Employés	1,08 (0,61 – 1,91)	1,00 (0,51 – 1,94)	2,22 (1,26 – 3,90)
Ouvriers	1,36 (0,78 – 2,39)	1,25 (0,65 – 2,43)	2,70 (1,56 – 4,69)
Agriculteurs exploitants	0,52 (0,22 – 1,21)	0,53 (0,22 – 1,27)	1,52 (0,57 – 4,03)
Inactifs – avec prestations invalidité	4,91 (2,84 – 8,49)	2,45 (1,27 – 4,74)	4,61 (2,70 – 7,88)
Inactifs – sans prestations invalidité	1,21 (0,65-2,22)	0,91 (0,44-1,92)	4,03 (2,16-7,52)
Résider en Île-de-France	0,73 (0,53 – 1,02)	0,76 (0,55 – 1,04)	0,92 (0,69 – 1,23)

Les valeurs en gras sont significatives à au moins 5%.

Annexe 20 : Avoir subi au cours de la vie des discriminations pour raisons de santé - Personnes de 20 ans ou plus ayant une LF absolue, une RA ou une RHP (Modèles de régression logistique, pondérés et redressés)

Odds ratio (IC – 95%)	Personnes ayant au moins une LF absolue	Personnes ayant une RA	Personnes ayant une RHP
Par année	0,96 (0,95 – 0,96)	0,94 (0,93 – 0,95)	0,95 (0,94 – 0,96)
Etre de sexe féminin	0,88 (0,70 – 1,11)	0,87 (0,68 – 1,13)	1,07 (0,86 – 1,33)
Diplôme supérieur	réf	Réf	réf
Baccalauréat ou équ.	1,18 (0,67 – 2,11)	0,56 (0,27 – 1,17)	1,60 (0,92 – 2,76)
CAP, BEP, sup collègue	1,53 (1,00 – 2,36) ⁽¹⁾	1,19 (0,69 – 2,05)	1,45 (0,96 – 2,20)
Brevet collègue, collègue	1,43 (0,91 – 2,24)	1,25 (0,73 – 2,16)	1,88 (1,21 – 2,91)
CEP, primaire	1,62 (1,04 – 2,52)	1,17 (0,68 – 1,99)	2,04 (1,31 – 3,17)
Sans dipl., non scol., inconnu	2,94 (1,89 – 4,58)	1,41 (0,83 – 2,40)	2,76 (1,78 – 4,26)
Résider en Île-de-France	0,73 (0,52 - 1,03)	0,76 (0,54 - 1,07)	0,87 (0,64 – 1,17)

Les valeurs en gras sont significatives à au moins 5%.

p=0,052

Annexe 21 : Etat de santé général perçus comme mauvais ou très mauvais - Personnes de 20 ans ou plus ayant une LF absolue, une RA ou une RHP (Modèles de régression logistique, pondérés et redressés)

Odds ratio (IC – 95%)	Personnes ayant au moins une LF absolue	Personnes ayant au moins une RA	Personnes ayant une RHP
Par année < 60 ans	1,03 (1,02 – 1,04)	1,04 (1,03 – 1,05)	1,03 (1,01 – 1,04)
Par année >= 60 ans	1,00 (0,99 – 1,01)	0,98 (0,97 – 0,99)	0,99 (0,97 – 1,01)
Etre de sexe féminin	0,92 (0,79 – 1,08)	0,85 (0,72 – 1,00)	1,35 (1,15 – 1,60)
Diplôme supérieur	réf	Réf	réf
Baccalauréat ou équ.	0,88 (0,58 – 1,35)	0,79 (0,52 – 1,22)	0,82 (0,54 – 1,23)
CAP, BEP, sup collègue	1,10 (0,78 – 1,54)	1,15 (0,78 – 1,70)	1,25 (0,88 – 1,78)
Brevet collègue, collègue	1,46 (1,03 – 2,08)	1,28 (0,88 – 1,88)	1,49 (1,01 – 2,18)
CEP, primaire	1,54 (1,12 – 2,12)	1,18 (0,83 – 1,67)	1,56 (1,11 – 2,21)
Sans dipl., non scol., inconnu	2,52 (1,73 – 3,68)	1,79 (1,20 – 2,65)	2,06 (1,38 – 3,06)
Résider en Île-de-France	0,98 (0,78 - 1,24)	1,09 (0,85 - 1,40)	1,24 (0,96 – 1,61)

Les valeurs en gras sont significatives à au moins 5%.

Annexe 22 : Etat de santé bucco-dentaire perçu comme moyen, mauvais ou très mauvais - Personnes de 20 ans ou plus ayant une LF absolue, une RA ou une RHP (Modèles de régression logistique, pondérés et redressés)

Odds ratio (IC – 95%)	Personnes ayant au moins une LF absolue	Personnes ayant une RA	Personnes ayant une RHP
Par année < 60 ans	1,02 (1,01 – 1,03)	1,04 (1,03 – 1,05)	1,03 (1,01 – 1,04)
Par année >= 60 ans	1,01 (0,99 – 1,01)	0,99 (0,99 – 1,01)	0,99 (0,97 – 1,01)
Etre de sexe féminin	0,83 (0,70 – 0,97)	0,79 (0,66 – 0,94)	1,35 (1,15 – 1,60)
Diplôme supérieur	réf	Réf	réf
Baccalauréat ou équ.	1,38 (0,90 – 2,13)	1,07 (0,68 – 1,68)	0,82 (0,54 – 1,23)
CAP, BEP, sup collège	1,73 (1,22 – 2,46)	1,45 (0,99 – 2,13) ⁽¹⁾	1,25 (0,88 – 1,78)
Brevet collège, collège	2,12 (1,46 – 3,08)	1,35 (0,91 – 2,00)	1,49 (1,01 – 2,18)
CEP, primaire	2,10 (1,51 – 2,92)	1,46 (1,03 – 2,09)	1,56 (1,11 – 2,21)
Sans dipl., non scol., inconnu	2,48 (1,71 – 3,61)	1,48 (0,99 – 2,20) ⁽²⁾	2,06 (1,38 – 3,06)
Résider en Île-de-France	1,33 (1,04 - 1,71)	1,34 (1,06 - 1,70)	1,24 (0,96 – 1,61)

Les valeurs en gras sont significatives à au moins 5%.

(1) p=0,056

(2) p=0,053

Annexe 23 : Pas de recours au gynécologue au cours des douze derniers mois chez les femmes selon la PCS de la personne enquêtée (Modèles de régression logistique, pondérés et redressés)

Odds ratio (IC – 95%)	Personnes ayant au moins une LF absolue	Personnes ayant une RA	Personnes ayant une RHP
Par année <60 ans	1,03 (1,02-1,05)	1,02 (1,00-1,04)	1,04 (1,02-1,06)
Par année >=60 ans	1,11 (1,09-1,13)	1,11 (1,09-1,13)	1,11 (1,08-1,14)
Cadre / prof intell sup	Réf.	Réf.	Réf.
Artisans, commerçants	3,02 (1,12-8,13)	2,18 (0,77-6,17)	2,71 (0,78-9,47)
Prof intermédiaires	2,00 (0,81-4,93)	1,91 (0,79-4,66)	2,16 (0,80-5,85)
Employés	2,55 (1,13-5,73)	3,11 (1,39-6,98)	4,85 (1,97-11,92)
Ouvriers	1,89 (0,82-4,37)	2,80 (1,19-6,59)	4,73 (1,86-12,04)
Agriculteurs exploitants	4,12 (1,15-14,7)	5,00 (1,85-13,51)	7,94 (2,42-26,00)
Inactifs – avec prestations invalidité	3,11 (1,31-7,36)	3,48 (1,46-8,30)	5,51 (2,11-14,41)
Inactifs –sans prestations invalidité	3,01 (1,28-7,08)	3,37 (1,41-8,05)	4,88 (1,81-13,18)
Résider en Île-de-France	0,68 (0,45-1,01)	1,21 (0,79-1,86)	1,19 (0,76-1,84)

Les valeurs en gras sont significatives à au moins 5%.

Annexe 24 : Avoir renoncé à des soins médicaux, chirurgicaux, dentaires au cours des 12 derniers mois alors que vous en auriez eu vraiment besoin (Modèles de régression logistique, pondérés et redressés)

Avoir renoncé à des soins médicaux, chirurgicaux, dentaires au cours des 12 derniers mois	OR (IC – 95%)	OR (IC – 95%)	OR (IC – 95%)
Par année < 60 ans	1,00 (0,99-1,01)	1,00 (1,00-1,01)	1,00 (0,99-1,00)
Par année >= 60 ans	0,97 (0,96-0,97)	0,96 (0,95-0,97)	0,98 (0,97-0,99)
Etre de sexe féminin	1,24 (1,09-1,40)	1,21 (1,07-1,37)	1,31 (1,16-1,48)
Au moins une limitation fonctionnelle absolue	2,61 (2,29-2,97)	-	-
Au moins une restriction d'activité	-	2,69 (2,35-3,08)	-
Avoir une reconnaissance d'un handicap / perte d'autonomie	-	-	2,31 (2,04-2,61)
Résider en Île-de-France	1,26 (1,06-1,49)	1,24 (1,05-1,48)	1,26 (1,06-1,49)

Les valeurs en gras sont significatives à au moins 5%.

Annexe 25 : Avoir renoncé à des soins médicaux, chirurgicaux, dentaires au cours des 12 derniers mois selon la PCS de la personne enquêtée (Modèles de régression logistique, pondérés et redressés)

Odds ratio (IC – 95%)	Personnes ayant au moins une LF absolue	Personnes ayant au moins une RA	Personnes ayant une RHP
Par année <60 ans	0,99 (0,98-1,01)	1,00 (0,99-1,02)	1,00 (0,98-1,01)
Par année >=60 ans	0,96 (0,95-0,97)	0,95 (0,94-0,96)	0,98 (0,96-0,99)
Etre de sexe féminin	1,09 (0,88-1,36)	1,14 (0,92-1,40)	1,43 (1,16-1,75)
Cadre / prof intell sup	Réf.	Réf.	Réf.
Artisans, commerçants	1,33 (0,71-2,48)	1,38 (0,71-2,68)	1,13 (0,56-2,28)
Prof intermédiaires	1,49 (0,81-2,73)	0,90 (0,48-1,67)	0,77 (0,42-1,43)
Employés	1,52 (0,87-2,65)	1,16 (0,66-2,04)	1,13 (0,63-2,05)
Ouvriers	1,41 (0,81-2,46)	1,04 (0,58-1,86)	1,32 (0,74-2,37)
Agriculteurs exploitants	1,66 (0,86-3,24)	1,28 (0,66-2,50)	1,39 (0,62-3,08)
Inactifs – avec prestations invalidité	1,79 (1,01-3,18)	1,11 (0,60-2,03)	1,63 (0,89-3,00)
Inactifs – sans prestations invalidité	1,48 (0,82-2,68)	1,09 (0,59-1,99)	1,23 (0,65-2,35)
Résider en Île-de-France	1,34 (1,01-1,77)	1,32 (1,00-1,74)	1,36 (1,02-1,82)

Les valeurs en gras sont significatives à au moins 5%.

Annexe 26 : Avoir renoncé à des soins médicaux, chirurgicaux, dentaires au cours des 12 derniers mois selon la PCS du ménage (Modèles de régression logistique, pondérés et redressés)

Odds ratio (IC – 95%)	Personnes ayant au moins une LF	Personnes ayant une RA	Personnes ayant une RHP
Par année <60 ans	0,99 (0,98-1,01)	1,01 (0,99-1,02)	1,00 (0,98-1,01)
Par année ≥60 ans	0,96 (0,95-0,97)	0,96 (0,94-0,97)	0,98 (0,96-0,99)
Etre de sexe féminin	1,11 (0,91-1,37)	1,15 (0,92-1,43)	1,41 (1,16-1,71)
Cadre / prof intell sup	Réf.	Réf.	Réf.
Artisans, commerçants	1,54 (0,93-2,54)	1,53 (0,92-2,54)	1,03 (0,59-1,80)
Prof intermédiaires	1,42 (0,89-2,27)	1,05 (0,66-1,67)	0,79 (0,48-1,28)
Employés	1,61 (1,06-2,46)	1,37 (0,90-2,09)	1,42 (0,89-2,27)
Ouvriers	1,54 (1,01-2,35)	1,15 (0,75-1,77)	1,50 (0,94-2,39)
Agriculteurs exploitants	1,50 (0,85-2,62)	1,49 (0,84-2,62)	1,67 (0,82-3,42)
Inactif	1,90 (1,22-2,96)	1,69 (1,08-2,66)	1,83 (1,12-3,01)
Discriminations subies pour raison de santé/handicap	1,39 (1,09-1,79)	1,50 (1,15-1,96)	1,65 (1,29-2,10)
Résider en Île-de-France	1,38 (1,04-1,83)	1,37 (1,04-1,81)	1,42 (1,05-1,91)

Les valeurs en gras sont significatives à au moins 5%.

Annexe 27 : Avoir renoncé à des soins médicaux, chirurgicaux, dentaires au cours des 12 derniers mois selon la PCS du ménage (Modèles de régression logistique, pondérés et redressés)

Odds ratio (IC – 95%)	Personnes ayant au moins une LF	Personnes ayant une RA	Personnes ayant une RHP
Par année <60 ans	0,99 (0,98-1,01)	1,01 (0,99-1,02)	1,00 (0,99-1,01)
Par année ≥60 ans	0,96 (0,95-0,97)	0,96 (0,95-0,97)	0,98 (0,96-0,99)
Etre de sexe féminin	1,16 (0,95-1,43)	1,17 (0,93-1,46)	1,44 (1,18-1,75)
Cadre / prof intell sup	Réf.	Réf.	Réf.
Artisans, commerçants	1,54 (0,92-2,57)	1,51 (0,90-2,53)	0,97 (0,55-1,71)
Prof intermédiaires	1,46 (0,91-2,35)	1,06 (0,66-1,69)	0,78 (0,48-1,27)
Employés	1,62 (1,05-2,48)	1,36 (0,89-2,09)	1,38 (0,86-2,19)
Ouvriers	1,56 (1,01-2,41)	1,11 (0,72-1,71)	1,43 (0,89-2,28)
Agriculteurs exploitants	1,44 (0,80-2,59)	1,45 (0,82-2,58)	1,64 (0,80-3,38)
Inactifs	1,84 (1,16-2,91)	1,65 (1,04-2,62)	1,73 (1,05-2,85)
Discriminations pour raison de santé/handicap	1,42 (1,10-1,82)	1,51 (1,15-1,98)	1,65 (1,29-2,11)
Absence de couverture complémentaire ou de prise en charge à 100% pour tous les soins	2,16 (1,53-3,03)	2,23 (1,57-3,15)	2,01 (1,42-2,83)
Résider en Île-de-France	1,33 (1,00 – 1,76) ⁽¹⁾	1,32 (1,00-1,73) ⁽²⁾	1,36 (1,01-1,83)

Les valeurs en gras sont significatives à au moins 5%.

(1) p=0,051. (2) p=0,050.

Liste des sigles utilisés

AAH	Allocation pour adulte handicapé
ACTP	Allocation compensatrice pour tierce personne
ADL	<i>Activities of daily living</i> ou AVQ en français
Agefiph	Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées
AIVQ	Activités instrumentales de la vie quotidienne ou IADL en anglais
APA	Allocation personnalisée pour l'autonomie
APF	Association des paralysés de France
AVQ	Activité de la vie quotidienne ou ADL en anglais
CDAPH	Commission des droits pour l'autonomie des personnes handicapées
CDES	Commission départementale de l'éducation spéciale
CIF	Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé
CIH	Classification internationale des handicaps
Cnaf	Caisse nationale des allocations familiales
Cnam	Caisse nationale d'assurance maladie
Cnav	Caisse nationale d'assurance vieillesse
COTOREP	Commission technique de reclassement et d'orientation professionnelle
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CTNERHI	Centre Technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations
DADS	Déclaration annuelle de données sociales
DIPH	Délégation interministérielle aux personnes handicapées
DOM	Départements d'Outre-mer
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
Esat	Etablissement et service d'aide par le travail
FNMF	Fédération nationale de la mutualité française
GALI	<i>Global activity limitation indicator</i> ou indicateur de restriction globale d'activité
GIR	Groupe iso-ressources
HID	Enquête Handicaps – Incapacités – Dépendance
HIdF	Hors Île-de-France
HS	enquête Handicap-Santé
HSM	Enquête Handicap-Santé Ménages
IADL	<i>Instrumental activities of daily living</i> ou AIVQ en français
IdF	Île-de-France
Ined	Institut national des études démographiques
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS	Institut de veille sanitaire
Irdes	Institut de recherches et documentation en économie de la santé

LF	Limitation fonctionnelle
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
Mipes	Mission d'information sur la pauvreté et l'exclusion sociale
PCH	Prestation de compensation du handicap
PCS	Profession et catégorie socio-professionnelle
PIB	Produit intérieur brut
PSD	Prestation spécifique dépendance
RA	Restriction d'activité
RHP	Reconnaissance administrative d'un handicap ou d'une perte d'autonomie
RQTH	Reconnaissance de travailleur handicapé
Unafam	Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques
Unapei	Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis
VQS	Enquête Vie quotidienne et santé
Zeat	Zone économique d'aménagement du territoire