

État de santé et participation sociale des adultes atteints de limitations fonctionnelles

Alexis Montaut (DREES) et Emmanuelle Cambois (INED)

En 2008, un adulte d'âge actif sur huit déclare des limitations fonctionnelles physiques, mentales ou sensorielles sévères qui les exposent à des situations de handicap. Douze profils type « à risque de handicap » ont été identifiés dans cette étude. La participation à la vie sociale de ces personnes, de 18 à 59 ans, est mesurée par le travail, les relations avec les autres et les activités élémentaires du quotidien. Cette participation sociale varie fortement d'un profil à un autre. Les femmes déclarent plus souvent des limitations physiques mais de moindre gravité, et moins souvent une reconnaissance administrative de handicap. Les limitations cognitives et sensorielles sont parmi les plus fréquentes mais elles s'accompagnent moins souvent de difficultés de participation sociale que les limitations intellectuelles et physiques en particulier, et que les limitations motrices (membres inférieurs ou tous les membres).

Les personnes déclarant des limitations fonctionnelles sévères y associent une santé nettement moins bonne que la moyenne de la population. À caractéristiques socio-économiques comparables, les personnes déclarant des atteintes motrices ou intellectuelles souffrent d'un plus grand nombre de pathologies et de symptômes, qu'ils soient à l'origine des limitations ou qu'ils en soient la conséquence. Tous les profils présentent un risque plus élevé de mauvaise santé buccodentaire, qui s'explique en partie par les difficultés d'accès aux soins dentaires.

Le cumul de pathologies et de symptômes amenuise les chances de participation sociale de ces adultes d'âge actif. Dès lors, une prise en charge globale de leur santé (physique, psychique et sociale) pourrait améliorer leur qualité de vie, et favoriser leur participation à une vie sociale.

Les personnes atteintes de limitations fonctionnelles, et plus particulièrement celles en situation de handicap cumulent souvent différents symptômes et maladies. Certaines pathologies sont directement à l'origine des atteintes fonctionnelles tandis que d'autres en découlent qu'il s'agisse de complications - survenant ou non dans un contexte de défaut de soin - ou d'effets secondaires des traitements (Sermet, 2008 ; Azéma et Martinez, 2005). L'état de santé dégradé de ces personnes peut alors venir aggraver la situation de handicap, entraînant des difficultés supplémentaires dans leur vie quotidienne, sociale et professionnelle. Des études ont ainsi montré que la comorbidité ou les symptômes associés tels que les douleurs, la dépressivité ou le mal-être contribuent à dégrader la qualité de vie de ces personnes (Roth-Isigkeit *et al.*, 2005 ; Misajon *et al.*, 2006 ; Gutierrez *et al.*, 2007 ; Emptage *et al.*, 2005). Des études sur des situations de handicap spécifiques mettent également en lumière les conséquences de déficiences sur la participation sociale, qu'elles soient cognitives (Wilkie *et al.*, 2007 ; Missiuna *et al.*, 2008 ; Haveman *et al.*, 2011), sensorielles (Wallhagen *et al.*, 2001 ; Crews *et al.*, 2004 ; Renaud *et al.* ; Rudberg *et al.*, 1993 ; Lamoureux *et al.*, 2004 ; Kramer, 2008) ou encore motrices (Santiago et Coyle, 2004 ; Misajon *et al.*, 2006).

Jusqu'ici, les situations de cumul de handicap, de problèmes de santé et leurs conséquences sur la participation à la vie sociale ont été analysées au travers d'enquêtes socio-épidémiologiques qui se sont intéressées à une déficience ou une pathologie invalidante donnée. Cette étude se propose de cartographier pour la première fois ces situations de façon systématique à partir de l'enquête Handicap-santé 2008 (encadré 1). Les personnes ayant déclaré au moins une limitation fonctionnelle physique, sensorielle ou mentale jugée sévère, constituent une population plus large que la population handicapée, à savoir, une population « à risque de handicap ». C'est seulement si les limitations fonctionnelles s'accompagnent de restrictions dans les activités que l'on parle de situation de handicap ou de désavantage social, conformément à la définition que l'OMS a donné du handicap au début des années quatre-vingt (Cambois *et al.*, 2003) [encadré 2]. Cette étude porte sur la situation, au regard de la santé et de la participation sociale, de ces personnes à risque de handicap¹. Des profils types de limitations fonctionnelles, selon leur nature et leur sévérité ont été identifiés par des méthodes statistiques (encadré 3). L'état de santé des individus représentés dans chacun de ces profils types, est décrit. Pour chaque groupe, le risque de handicap ou de désavantage est estimé au travers de plusieurs indicateurs d'activité : des difficultés importantes dans les activités du quotidien et dans les relations avec les autres ainsi que l'absence d'insertion professionnelle.

L'étude est limitée aux personnes d'âge actif (18-59 ans) car à ces âges, les situations d'incapacité et de mauvaise santé sont suffisamment rares pour pouvoir mettre au jour des corrélations entre les maladies, les symptômes et les différents profils de limitations fonctionnelles.

¹ Notons qu'à partir de données déclarées et recueillies de façon transversale, il est difficile de distinguer précisément les situations diagnostiquées ou seulement ressenties et d'établir le sens et la causalité des associations statistiques observées entre les limitations fonctionnelles et les maladies ou symptômes. Toutefois, ces résultats permettent de décrire des associations de pathologies et de désavantage sociaux auxquels sont confrontées les personnes atteintes de limitations fonctionnelles.

ENCADRÉ 1

L'ENQUÊTE HANDICAP-SANTÉ EN MÉNAGES EN 2008

L'enquête Handicap-santé en ménages s'est déroulée en 2008 auprès d'un échantillon représentatif de la population vivant à domicile, en France. Le questionnaire permet de décrire l'état de santé des personnes (maladies, symptômes), leurs éventuelles déficiences et altérations fonctionnelles, puis les difficultés qu'elles rencontrent dans les activités du quotidien. L'enquête auprès des ménages s'appuie sur un échantillon de 14 360 adultes d'âges actifs (i.e. 18-59 ans), résidant en France métropolitaine et DOM. Les personnes en situation de handicap sont surreprésentées dans cet échantillon grâce à une enquête-filtre préalable qui a permis de les repérer : l'enquête Vie quotidienne et santé. L'entretien a été réalisé en face-à-face au domicile des personnes interrogées. Si l'état de santé d'une personne ne lui permettait pas de répondre à l'enquête par elle-même, un tiers pouvait y répondre à sa place. Ce cas de figure représente 720 questionnaires sur les 14 360 (5%). Enfin, les thèmes relatifs à l'alcool, au tabagisme et à la qualité de vie (SF12) ont été collectés par questionnaire auto administré. Celui-ci n'a été remis qu'aux personnes capables a priori d'y répondre seules. Ainsi, l'échantillon ayant répondu à l'enquête principale et à l'auto questionnaire comporte 8 625 individus ainsi qu'un jeu de poids qui permet de compenser les non-répondants.

Les résultats de cette enquête sont issus du volet « ménages » de l'enquête Handicap-santé, c'est-à-dire qu'ils ne portent que sur les personnes qui vivent à leur domicile, les personnes présentant les handicaps les plus sévères étant souvent hébergées en institutions.

■ DOUZE PROFILS DE LIMITATIONS FONCTIONNELLES

Un adulte sur huit déclare des limitations fonctionnelles importantes, les ouvriers plus souvent que les cadres

En 2008, parmi les adultes de 18 à 59 ans vivant à domicile, 12% des hommes et 14% des femmes déclarent au moins une limitation fonctionnelle sévère. Les femmes déclarent essentiellement des limitations physiques (7% des femmes contre 4% des hommes). Les limitations mentales concernent 6,5% des hommes et des femmes à ces âges et 4% sont concernés par les limitations sensorielles. Les adultes de 18 à 59 ans cumulent rarement les atteintes physiques, sensorielles et mentales : 11,5% des femmes et 9,5% des hommes déclarent un seul type de limitation, 2% en cumulent deux et 0,5% cumule les trois. Grâce à une classification ascendante hiérarchique, cinq profils de limitations physiques, quatre profils de limitations cognitives et trois profils de limitations sensorielles ont été définis (encadré 2). De façon générale, les ouvriers déclarent plus souvent que les cadres des limitations fonctionnelles, et ce pour chacun des profils (tableau 1).

Les limitations de «souplesse basse» sont celles qui s'accompagnent le moins souvent de difficultés dans les tâches du quotidien

Le profil *P2-souplesse basse* concerne 675 000 personnes qui déclarent des difficultés sévères surtout pour se baisser, s'agenouiller et quelques difficultés pour marcher ou monter les escaliers (graphique 1). C'est le profil physique pour lequel les gênes dans les activités quotidiennes sont les moins fréquentes, puisqu'une personne sur quatre dans ce groupe déclare de telles gênes, contre une sur deux dans les profils *force et endurance* et *membres supérieurs* et trois sur quatre dans les profils *membres inférieurs* et *tous membres*. La reconnaissance administrative d'un handicap est aussi moins fréquente dans ce groupe que dans les autres profils physiques (27%).

Les limitations de «force et d'endurance» et des «membres supérieurs», plus souvent déclarées par les femmes

Le profil *P1-force et endurance* regroupe 570 000 personnes déclarant des difficultés très sévères à porter des charges lourdes sur de courtes distances, mais peu ou pas de difficultés pour les autres fonctions physiques (graphique 1). C'est le profil le plus fréquemment déclaré par les femmes, et la prévalence de ces limitations augmente rapidement avec l'âge. En revanche, ces difficultés sont moins souvent déclarées par les hommes.

Le profil *P3-membres supérieurs* regroupe 275 000 personnes qui déclarent en moyenne des difficultés importantes pour manipuler des objets et pour lever le bras ou porter des objets lourds. Une personne sur deux déclare des difficultés dans les activités quotidiennes. Ce profil de limitation augmente avec l'âge et touche plus souvent les professions manuelles, ouvriers ou agriculteurs, probablement en lien avec leur travail. Après 50 ans, 2% des femmes sont dans ce profil contre 1% des hommes.

Les femmes déclarent au total plus souvent des limitations de type P1, P2 et P3 que les hommes, ce résultat conforte ceux trouvés dans de nombreuses études, dont celles publiées dans *La santé des femmes en France* (Cambois *et al.*, 2003, DREES, 2009). Les maladies ostéo-articulaires, plus fréquentes chez les femmes et largement associées à ces limitations fonctionnelles, constituent un élément d'explication des différences selon le sexe en matière de limitations fonctionnelles physiques avant 60 ans.

Ces limitations s'accompagnent de difficulté de participation sociale de même ampleur pour les hommes et les femmes. Pourtant, les femmes déclarent moins souvent bénéficier d'une reconnaissance officielle d'un handicap. Par exemple, 44% des hommes du profil P3 déclarent une reconnaissance administrative contre 27% des femmes (tableau 1bis). Peut-être faut-il y voir une limite des enquêtes déclaratives, qui peinent à mesurer finement le degré de gravité des limitations fonctionnelles. En cohérence avec cette moindre reconnaissance, on observe que les femmes sont plus souvent en emploi que les hommes dans ces trois profils.

État de santé et participation sociale des adultes atteints de limitations fonctionnelles

TABLEAU 1 • **Caractéristiques sociodémographiques pour chaque profil de limitation fonctionnelle**

	Tous	P1 force endurance	P2 souplesse basse	P3 membres supérieurs	P4 membres inférieurs	P5 tous membres	M1 comportement	M2 attention mémoire	M3 intellectuel	M4 toutes fonctions mentales	S1 ouïe	S2 de près	S3 tous sens
Prévalence (% pondérés)		1,60%	1,90%	0,80%	1,00%	0,40%	3,20%	1,80%	0,80%	0,60%	2,10%	1,00%	0,80%
Nombre d'individus concernés	35,2 millions	570 000	675 000	275 000	350 000	155 000	1 146 000	620 000	300 000	200 000	740 000	340 000	275 000
		+/- 70 000	+/- 80 000	+/- 50 000	+/- 60 000	+/- 38 000	+/- 100 000	+/- 75 000	+/- 50 000	+/- 40 000	+/- 80 000	+/- 60 000	+/- 50 000
Nombre individus HSM		781	817	348	746	287	736	604	527	391	728	295	356
Caractéristiques sociodémographiques (répartition des caractéristiques sociodémographiques au sein de chaque groupe de limitation fonctionnelle)													
Hommes	49	15	47	40	38	54	50	43	58	53	54	41	49
Femmes	51	85	53	60	62	46	50	57	42	47	46	59	51
18-29	27	8	9	5	7	19	32	17	26	17	5	7	8
30-39	24	16	15	15	12	21	19	20	20	24	18	9	12
40-49	25	32	28	31	24	24	22	27	25	27	31	44	29
50-59	24	45	47	49	56	36	27	36	29	32	47	40	50
Diplôme supérieur	29	9	12	9	7	13	10	14	6	5	10	13	15
BAC général ou technique	19	11	12	6	10	9	14	12	9	6	13	8	13
BEP CAP	27	31	34	36	29	32	34	32	14	22	39	31	34
Collège primaire	25	50	41	49	54	46	41	43	71	67	39	47	39
Agriculteur	2	0	1	4	2	3	2	4	0	0	4	4	3
Artisan, commerçant...	4	2	3	1	2	3	2	4	1	1	6	3	4
Cadre supérieur	12	3	3	3	1	7	2	8	4	0	4	3	5
Prof. intermédiaire	19	6	16	6	6	2	14	9	3	9	17	12	12
Employé	25	35	23	23	19	9	30	22	7	13	19	29	21
Ouvrier	18	14	21	23	7	15	27	24	21	13	25	14	18
Pas de PCS	20	40	33	41	63	61	24	29	63	63	25	34	37
Revenu quartile 1	16	31	28	33	33	27	23	26	29	35	21	25	25
Revenu quartile 2	19	22	25	25	27	29	25	20	30	27	20	27	23
Revenu quartile 3	28	26	19	25	22	17	25	19	21	15	27	20	14
Revenu quartile 4	30	12	22	9	11	18	17	24	13	12	24	21	32
Revenu non déclaré	7	9	6	8	7	10	10	11	7	10	8	7	6
Personne seule	12	13	20	12	21	17	13	16	19	18	17	17	14
Famille monoparentale	10	17	12	14	15	10	12	14	15	16	9	7	10
Couple sans enfant	19	21	22	22	22	12	18	21	14	13	28	23	23
Couple avec enfant	55	44	42	46	37	54	51	40	44	42	40	47	49
Autre ménage	4	5	5	7	5	8	6	9	8	11	6	6	4
Reconnaissance*	5	30	27	34	59	59	12	18	67	60	21	20	34
Non reconnu	93	68	72	63	36	40	87	81	32	37	77	76	66
Manquante	2	2	1	3	5	1	1	0	1	3	1	5	0

* Reconnaissance officielle d'un handicap, ou d'une perte d'autonomie (allocation, pension ou carte d'invalidité, admission dans un établissement spécialisé...).

Lecture : Parmi les 35,2 millions d'adultes d'âge actif (18-59 ans), 1,60%, soit 570 000 personnes, déclarent des limitations fonctionnelles de type "P1 - force et endurance". ce profil comporte 85% de femmes et 15% d'hommes, contre respectivement 51% et 49% dans l'ensemble des adultes d'âge actif.

Quartile : les quartiles de revenu sont définis par rapport à l'ensemble de la population vivant en ménage ordinaire, et pas seulement les adultes d'âge actif. Le quartile 1 correspond aux personnes dont le revenu est le plus faible, et le quartile 4 aux plus aisés.

Champ : France métropolitaine et DOM, 18 à 59 ans vivant à leur domicile, en 2008.

Sources : INSEE, enquête Handicap-Santé 2008, volet « ménages ».

Les limitations cognitives et sensorielles : parmi les plus fréquentes mais bénéficiant rarement d'une reconnaissance administrative

Le profil *M1-comportement* regroupe 1 146 000 personnes qui déclarent se voir reprocher d'être trop agressives, impulsives et de se mettre en danger par leur comportement, tandis que le profil *M2-attention et mémoire* regroupe 620 000 personnes qui déclarent essentiellement des difficultés de concentration et des trous de mémoire (graphique 2). Les personnes de moins de 30 ans et de plus de 50 ans semblent être surreprésentées dans le profil *M1-troubles du comportement*, mais ce n'est pas significatif. Les femmes sont, dans le profil M2, plus nombreuses que les hommes. Le profil *S2-difficultés pour voir de près* concerne 340 000 personnes. Cette limitation est davan-

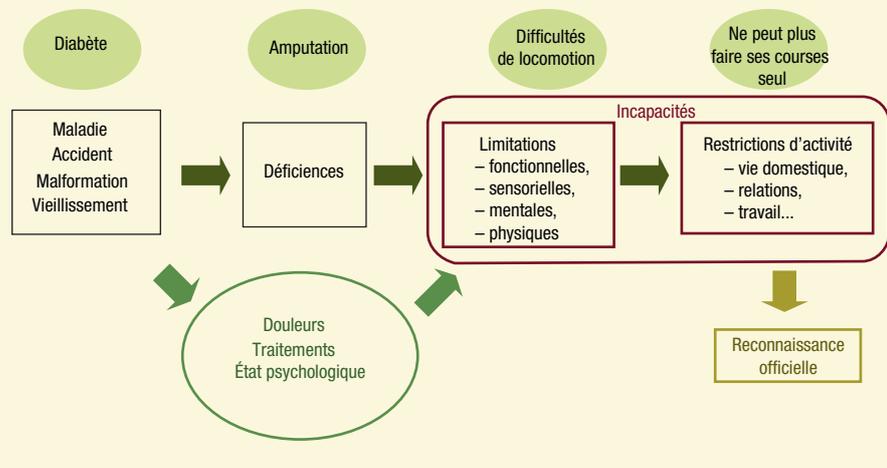
État de santé et participation sociale des adultes atteints de limitations fonctionnelles

ENCADRÉ 2

LE MODÈLE DU HANDICAP

Le handicap est un terme générique incluant à la fois les atteintes fonctionnelles de l'organisme et les difficultés que ces atteintes provoquent dans la vie quotidienne. L'Organisation mondiale de la santé a mis en avant un modèle permettant de distinguer ces différents aspects du handicap. Les maladies, accidents ou malformations peuvent engendrer des **déficiences** (ie. dysfonctionnements ou lésions des organes, des tissus ou du cerveau tels que paralysie, malvoyance, trouble neuronal...). Ces déficiences sont susceptibles d'altérer les fonctions motrices (se déplacer, saisir des objets), sensorielles (voir de près, de loin...) ou mentales (comprendre, se souvenir...): on parle de **limitations fonctionnelles**. Ces limitations fonctionnelles peuvent à leur tour engendrer des **restrictions dans les activités** de la vie quotidienne (pour assurer ses soins personnels élémentaires, gérer les tâches ménagères ou administratives, avoir une vie familiale, une activité professionnelle ou des loisirs...). Lorsque les difficultés touchent des activités essentielles qui correspondent à un rôle social (travailler, gérer sa vie à domicile, gérer ses soins personnels), on parle de **désavantage social ou de restriction de participation sociale**. On parlera de **dépendance** lorsque l'aide d'une tierce personne est requise pour assurer la réalisation des activités essentielles de la vie courante.

Ainsi, aujourd'hui le terme handicap ne fait plus référence aux troubles fonctionnels de la personne mais bien à l'interaction entre ces troubles et l'**environnement** qui peut engendrer restriction et perte d'autonomie. Les personnes sont en situations de handicap lorsque leur déficience les conduit à limiter leurs activités, dans un environnement non adapté (lieu non adapté, organisation sociale défaillante, attitude des autres hostile).



tage déclarée par les femmes et notamment entre 40 et 49 ans, ce qui coïncide, à ces âges, à l'apparition d'une presbytie pas encore corrigée ou mal corrigée. Enfin, le profil *S1-ouïe* regroupe 740 000 personnes, cette limitation est plus fréquente chez les hommes (graphique 3). Sa proportion croît avec l'âge (presbyacousie) et 7% des personnes se déclarent totalement sourdes, 18% sourdes d'une seule oreille et 13% malentendantes. Les acouphènes, sifflements ou bourdonnements sont d'autres troubles auditifs fréquemment déclarés dans ce groupe.

Ces profils sont parmi les plus fréquents, notamment au sein du groupe M1, mais la participation de ces personnes à la vie sociale est plutôt élevée par rapport à celles qui déclarent d'autres limitations intellectuelles et physiques. Les difficultés dans les relations aux autres sont relativement fréquentes, mais seules 15 à 20% des personnes déclarent bénéficier d'une reconnaissance administrative d'un handicap (tableau 2). Ces limitations cognitives et sensorielles semblent moins désavantager les individus sur le marché du travail puisque les taux d'emploi ne sont que peu inférieurs à ceux observés sur l'ensemble de la population d'âge actif (18 - 59 ans).

Des limitations visuelles sévères, mais des difficultés moyennes pour la participation sociale

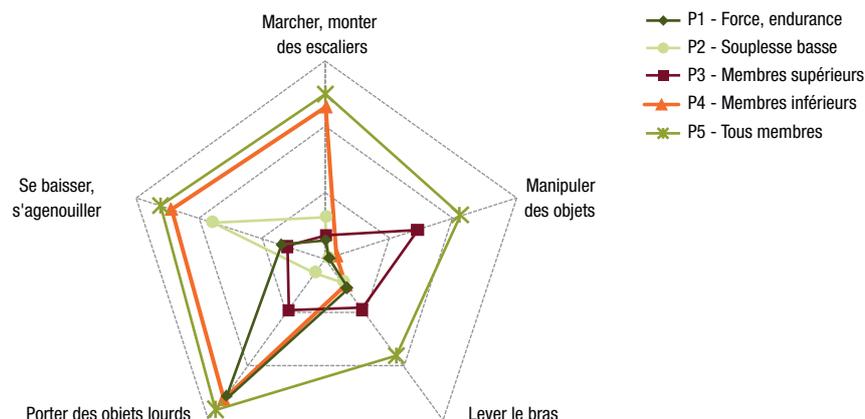
Le dernier profil de limitations sensorielles, *S3-difficultés de toutes les fonctions sensorielles* regroupe 275 000 personnes qui déclarent des limitations visuelles sévères: 4% d'entre elles se déclarent aveugles et 13% malvoyantes. Ces limitations visuelles sont parfois ou souvent accompagnées de limitations auditives. En termes de participation sociale, ce groupe de personnes se situe entre les profils physiques, très souvent en situation de handicap, et les profils cognitifs et sensoriels qui le sont moins souvent. Au sein du groupe S3, une personne sur trois déclare des difficultés dans les activités du quotidien et une personne sur trois a une reconnaissance de handicap. Les hommes sont aussi souvent concernés que les femmes par ces atteintes.

Les limitations intellectuelles ou motrices des membres inférieurs: une participation sociale très réduite

Parmi celles qui ont déclaré au moins une limitation fonctionnelle physique, le profil *P4-membres inférieurs* concerne 350 000 personnes et 155 000 personnes sont concernées par le profil *P5-tous membres*. Ces profils P4 et P5 regroupent des personnes qui déclarent des difficultés très sévères pour utiliser les fonctions motrices du bas du corps: marcher, monter des escaliers, se baisser. Le profil P5 déclare en plus des difficultés à utiliser les membres supérieurs (graphique 1). Les profils physiques P4 et P5 sont croissants avec l'âge et un peu plus souvent déclarés par les femmes.

État de santé et participation sociale des adultes atteints de limitations fonctionnelles

GRAPHIQUE 1 • **Prévalences hommes et femmes**



Échelle pour le graphique radar, du centre vers l'extérieur : aucune difficulté, quelques difficultés, beaucoup de difficultés, ne peut pas du tout.
Lecture : une personne du profil « P5 tous membres » déclare en moyenne ne pas pouvoir du tout marcher, se baisser et porter des objets lourds, et déclare beaucoup de difficultés pour lever le bras et manipuler des objets.
Champ : France métropolitaine et DOM, 18 à 59 ans vivant à leur domicile, en 2008.
Sources : INSEE, enquête Handicap-Santé 2008, volet « ménages ».

TABLEAU 1BIS • **Statut et participation sociale selon le profil de limitation : statut d'activité ; difficultés relationnelles ; difficultés activées ; reconnaissance administrative (en %)**

	Difficultés dans les activités du quotidien (courses, ménages...)*	Difficultés dans les relations avec les autres**	Reconnaissance administrative d'un handicap***	Statut d'activité au moment de l'enquête					
				En emploi au moment de l'enquête	Dont milieu protégé	chômeurs	inactifs	étudiant	
Hommes	P1 - force endurance	45	22	51	34	7	18	49	0
	P2 - souplesse basse	21	16	38	54	2	18	24	5
	P3 - membres supérieurs	48	17	44	41	1	27	31	0
	P4 - membres inférieurs	76	19	68	28	2	8	63	2
	P5 - tous membres	71	33	57	26	0	14	58	2
	M1 - comportement	12	20	14	69	1	14	15	2
	M2 - attention mémoire	16	19	23	67	2	13	18	2
	M3 - intellectuel	66	47	65	27	8	14	58	2
	M4 - toutes fonctions mentales	65	68	61	31	7	14	53	1
	S1 - ouïe	12	17	21	72	1	7	21	1
	S2 - de près	24	13	26	63	2	12	25	0
	S3 - tous sens	32	20	36	60	2	7	31	2
	Ensemble Hommes	4	6	6	76	0	8	8	8
	Femmes	P1 - force endurance	45	13	27	45	1	14	39
P2 - souplesse basse		24	11	17	49	1	7	42	3
P3 - membres supérieurs		44	15	27	42	1	7	48	3
P4 - membres inférieurs		74	28	54	21	3	9	67	3
P5 - tous membres		71	27	62	19	1	9	64	9
M1 - comportement		14	23	10	57	1	14	19	10
M2 - attention mémoire		28	16	15	48	0	16	34	2
M3 - intellectuel		76	54	69	22	10	9	67	2
M4 - toutes fonctions mentales		81	52	60	12	2	15	73	0
S1 - ouïe		26	22	22	58	1	7	34	1
S2 - de près		14	9	15	56	0	2	40	2
S3 - tous sens		36	21	32	44	0	7	43	5
Ensemble Femmes		6	6	5	66	0	7	17	10

* Difficultés dans les activités du quotidien. Au moins une difficulté importante pour l'une des activités importantes de la vie quotidiennes (« IADL ») suivantes : faire les courses, les tâches ménagères, administratives, préparer les repas, utiliser un moyen de transport seul...

** Relation avec les autres : difficultés importantes pour nouer des relations avec d'autres personnes.

*** Reconnaissance administrative : reconnaissance officielle d'un handicap, ou d'une perte d'autonomie (allocation, pension ou carte d'invalidité, admission dans un établissement spécialisé...). Données déclaratives.

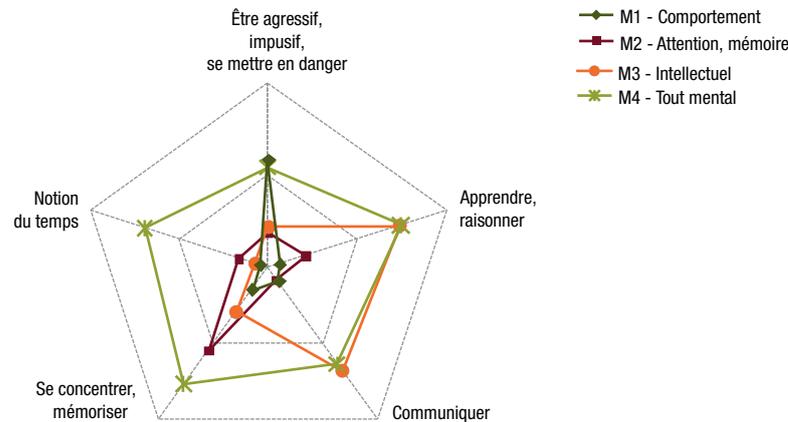
Lecture : Parmi les hommes du profil P1-force et endurance, 45% évoquent des difficultés dans les activités du quotidien et 51% déclarent bénéficier d'une reconnaissance administrative d'un handicap. De plus, 49% d'entre eux sont inactifs, et 34% se déclarent en emploi au moment de l'enquête, dont 7% en milieu protégé.

Champ : France métropolitaine et DOM, 18 à 59 ans vivant à leur domicile, en 2008.

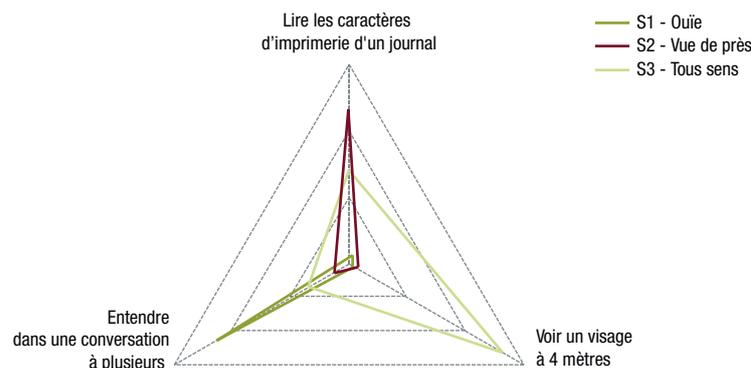
Sources : INSEE, enquête Handicap-Santé 2008, volet « ménages ».

État de santé et participation sociale des adultes atteints de limitations fonctionnelles

GRAPHIQUE 2 • Prévalences hommes et femmes



GRAPHIQUE 3 • Prévalences hommes et femmes



Le profil *M3-déficit intellectuel* concerne 300 000 personnes qui déclarent des difficultés pour apprendre, raisonner et communiquer. 200 000 personnes sont concernées par le profil *M4-déficit de toutes les fonctions mentales*, elles déclarent souvent, toutes les formes de difficultés mentales à l'exception peut-être des problèmes de comportement plus ponctuels (graphique 1). Les profils de limitations intellectuelles M3 et M4 représentent une proportion plutôt stable des personnes de 18 à 59 ans. On peut donc supposer que ces limitations existent souvent dès la naissance.

Ces quatre profils sont parmi les plus rares dans la population. Si les limitations motrices des membres inférieurs et les limitations intellectuelles ne sont pas de même nature, elles s'accompagnent en revanche de situations similaires en matière d'emploi, de relations avec les autres et d'activités du quotidien. Ainsi, dans ces profils, trois personnes sur quatre déclarent des difficultés dans les activités quotidiennes et deux personnes sur trois déclarent bénéficier d'une reconnaissance administrative pour un handicap. En ce qui concerne l'insertion professionnelle, 30 % des hommes et 20 % des femmes présentant des limitations motrices ou intellectuelles déclarent être en emploi au moment de l'enquête, contre respectivement 76 % et 66 % dans l'ensemble des adultes d'âge actifs. Le profil M3 se distingue par une proportion importante de personnes qui travaillent en milieu protégé : un homme sur trois et une femme sur deux parmi ceux qui sont en emploi au moment de l'enquête.

Les personnes présentant les profils intellectuels M3 et M4 sont les plus désavantagées. En effet, 50 % d'entre elles y associent à leur limitation intellectuelle des difficultés dans les relations avec les autres, contre 30 % en présence de limitations motrices basses, et 6 % dans l'ensemble de la population. Les situations sont sévères dans ces quatre profils : une personne sur quatre dans le groupe P4 et une personne sur deux dans le groupe P5 signale être paralysée ou amputée d'un ou plusieurs membres ; dans ce dernier groupe, une personne sur trois utilise un fauteuil roulant. L'utilisation de cannes, béquilles, prothèses et autres appareillages est aussi très souvent déclarée. Et pour les limitations intellectuelles M3 et M4, seule une personne sur deux a répondu seule à l'enquête et trois personnes sur quatre ont un niveau d'instruction faible (de niveau collègue ou inférieur).

État de santé et participation sociale des adultes atteints de limitations fonctionnelles

TABLEAU 2 • Risque de santé altérée, de consommation chronique d'alcool, de tabagisme, de mauvais état de santé bucco-dentaire et de maladie selon le profil de limitation fonctionnelle

Risque de mauvaise santé perçue et surcroît de maladies (nombre de maladies, puis risque accru pour chaque maladie ou problème de santé)	Ensemble 18-59 ans	P1 Force et endurance	P2 Souplesse basse	P3 Membres supérieurs	P4 Membres inférieurs	P5 Tous membres	M1 Comportement	M2 Attention, mémoire	M3 Intellectuel	M4 Toutes fonctions mentales	S1 Audition	S2 Vue de près	S3 Toutes fonctions sensorielles
Santé jugée altérée	20%	8,6	6,3	5,5	10,1	8,8	2,4	3,1	1,7	4,7	1,8		
Nombre de maladies déclarées	1,6	2	2	1,8	2,4	2,5	1,4	1,6	0,4	1,3	0,9		
Consommation alcool à risque chronique	6%		1,5			0,3	2,1	1,7		2,7		1,8	
Tabagisme quotidien	27%			1,4			1,6					1,4	
État dentaire mauvais ou très mauvais	8%	1,4	1,7	1,6	2,2	2	2,1	1,5	1,7	2,3		1,8	1,5
Liste des maladies :													
Maladies cardiaques (infarctus, angor, HTA, troubles du rythme, insuffisance)	9%	1,6	1,9		2								
Artérites, varices, hémorroïdes.	10%	1,5	1,9		1,5		1,6	1,7					
Accident vasculaire cérébral	< 1%	2,6	2,3	4,6	4,6	11,4				3,2			
Blessures ou séquelles d'accident	5%	2	3,3	4,3	2,9	2,8	1,6	1,7					
Arthrites, arthroses	10%	3,2	3,6	3,3	3,2	2,9	1,5	1,4	0,6	0,6			
Maladies du dos, dorsalgies	22%	2,2	1,8	1,6	1,8	1,7	1,4	1,5			1,3		
Ostéoporose	< 1%	2,5			5	6,9							
Cancers	2%	2,6	1,9										
Problèmes thyroïdiens	4%						1,6						
Surcharge pondérale	39%		1,5										
Diabète	3%	1,6	2		2,3	2,9					1,8		
Ulcères estomac, duodénum	3%	2,4	1,6		1,8	2,8	1,8						
Maladie chronique du foie	< 1%		2,9										
Calcul urinaire	2%						2,2						
Infections urinaires fréquentes, cystites	3%	2,1			3,2	3,3							
Escarres	< 1%				58	90							
Psoriasis, allergies cutanées, eczéma	10%						1,5	1,6					
Maladies respiratoires	9%	1,5	1,4		1,8	1,7	1,6	1,6					
Maladies oculaires	1%		2,7									3,4	6,4
Strabisme	1%				2,5				2,5			3	
Alzheimer, parkinson, sclérose en plaques	< 1%	3,4		5,2	9,1	13,5							
Épilepsie	< 1%	2,1		3,2	2,1	4,6		3	4,5	8,2			
Dépression	4%	1,7	1,9		1,8		2,9	2,9	2,7	3,9	1,5		
Anxiété	3%	1,8	1,8	2	1,7		3,3	3,6	2,3	5,7			
Autisme, trisomie, schizophrénie	< 1%							4,9	23,7	27,5			

Lecture : En présence de limitations de toutes les fonctions mentales (M4), une personne a 4,7 fois plus de risques de se déclarer en mauvaise santé. Elle déclare en moyenne 1,3 maladies de plus qu'un adulte sans limitation mentale et elle a aussi 2,3 fois plus de risque de déclarer un état dentaire mauvais. La situation de référence est celle d'un homme de moins de 30 ans, avec le BAC général, et sans limitation fonctionnelle physique, ni mentale, ni sensorielle. Sont présentés uniquement les chiffres significatifs avec 0,1% d'erreur.

Champ : France métropolitaine et DOM, 18 à 59 ans vivant à leur domicile, en 2008. Ce modèle intègre les variables suivantes : groupes de limitations physiques, mentales, sensorielles, sexe, âge et niveau d'éducation.

Sources : INSEE, enquête Handicap-Santé 2008, volet « ménages ».

ENCADRÉ 3

LES LIMITATIONS FONCTIONNELLES DANS L'ENQUÊTE ET LA CONSTRUCTION DES PROFILS TYPES DE LIMITATIONS FONCTIONNELLES

Limitations fonctionnelles

Dans une enquête basée sur la déclaration des personnes, le repérage des déficiences (encadré 1) est complexe : elles sont parfois difficiles à nommer, leurs causes médicales sont nombreuses et hétérogènes et leurs conséquences peuvent être multiples. Les limitations fonctionnelles sont plus simples à mesurer : elles sont appréhendées à l'aide de petits scénarios de la vie quotidienne, mettant en scène des fonctions physiques, mentales, sensorielles. Les personnes peuvent déclarer le type et le niveau de difficultés qu'elles rencontrent pour mobiliser seules et sans aide technique ces fonctions de base : avoir beaucoup de difficultés pour marcher, s'agenouiller, manipuler des objets (fonctions physiques), avoir souvent des difficultés pour apprendre, communiquer avec les autres, (fonctions mentales) ou encore avoir des difficultés pour voir correctement ou entendre (fonctions sensorielles). Ainsi, les limitations fonctionnelles sont le point d'entrée utilisé dans cette étude pour appréhender le handicap. Seules les limitations fonctionnelles jugées « importantes » sont prises en compte : avoir « beaucoup de difficultés » ou « ne pas pouvoir du tout » pour les fonctions physiques et sensorielles et avoir des difficultés « fréquentes » pour les fonctions mentales.

Scénario : difficultés rencontrées pour...	Fonction altérée
Marcher 500 mètres sur terrain plat/Monter ou descendre un étage d'escaliers Se baisser ou s'agenouiller Porter un sac à provisions de 5 kg sur 10 mètres Lever le bras pour attraper un objet en hauteur Prendre un objet dans chaque main/Utiliser ses doigts pour manipuler un robinet, des ciseaux...	Physique
Voir clairement les caractères d'imprimerie d'un journal/Voir le visage de quelqu'un à 4 mètres, de l'autre côté de la rue Entendre dans une conversation avec plusieurs personnes	Sensorielle
Apprendre de nouveaux savoirs/Résoudre des problèmes de la vie quotidienne Se concentrer plus de 10 minutes/Avoir des trous de mémoire Comprendre ou se faire comprendre des autres Savoir à quel moment de la journée on est Se mettre en danger par son comportement/Se voir reproché d'être trop agressif ou impulsif	Mentale

Profil types

À partir de ces limitations fonctionnelles élémentaires, une typologie permet de partitionner la population en un nombre restreint de « profils types ». La nature des troubles fonctionnels (locomotion, préhension, comportement, mémorisation, audition...) et leur sévérité (niveau de difficultés) sont prises en compte. La « classification ascendante hiérarchique » permet ainsi de regrouper les limitations dont la nature et la sévérité sont proches, en tenant compte des fréquentes associations qui peuvent exister. Dans les premières étapes, les individus les plus « semblables » en termes de nature et de sévérité de limitations fonctionnelles sont agrégés, pour former de petits groupes exclusifs. Puis, à leur tour, les groupes les plus « semblables » sont agrégés. L'opération est ainsi répétée jusqu'à obtenir un nombre réduit de groupes. Ce nombre résulte d'un choix de l'utilisateur : c'est un compromis entre la volonté de restituer la diversité des situations et la nécessité de synthétiser par une typologie simple. Nous avons procédé à une classification distincte pour les troubles physiques, les troubles mentaux et les troubles sensoriels. La méthode a conduit à cinq profils types exclusifs de limitations physiques, quatre profils types exclusifs de limitations mentales et trois profils types exclusifs de limitations. Si une personne présentant des atteintes physiques est classée dans un et un seul profil physique, elle peut en revanche cumuler un des cinq profils exclusifs physiques et un des quatre profils exclusifs cognitifs par exemple.

Analyses

Dans cette étude, nous présentons les caractéristiques sociodémographiques des profils de limitations fonctionnelles. On mesure ensuite si ces profils sont plus ou moins exposés aux maladies et troubles que la population qui n'en fait pas partie. Pour ce faire, on mesure si les risques sont significativement plus élevés dans les profils que dans le reste de la population à travers des régressions logistiques et les odds ratios (rapport des propensions à déclarer une maladie). Les régressions logistiques permettent d'ajuster les résultats en tenant compte des différences sociodémographiques des profils. Compte tenu des liens entre la santé et l'âge ou le statut social, nos modèles sont systématiquement contrôlés sur l'âge, le niveau d'instruction (bac+2 ou supérieur, bac, BEP et CAP, collègue ou niveau inférieur) et la composition du ménage (célibataire, famille monoparentale, couple sans enfant, couple avec enfants, autres ménages).

Des déclarations pouvant cumuler des limitations physiques, cognitives et sensorielles

Une personne qui déclare une limitation fonctionnelle physique est classée dans un seul des cinq profils. En revanche, si elle déclare aussi une limitation fonctionnelle cognitive, elle pourra à la fois être reconnue dans un profil pour sa limitation physique, et dans un autre profil pour sa limitation cognitive, voire dans un troisième profil pour ses éventuelles limitations sensorielles.

■ ASSOCIATIONS ENTRE ÉTAT DE SANTÉ ET LIMITATIONS FONCTIONNELLES

Un état de santé particulièrement altéré pour les personnes atteintes de limitations fonctionnelles des membres inférieurs

Parmi les adultes d'âge actif, 20 % déclarent un état de santé altéré (encadré 4). Ceux qui présentent des limitations fonctionnelles déclarent un état de santé moins bon que la moyenne, en termes de santé perçue ou de nombre de maladies déclarées (encadré 4, tableau 2). En particulier, 80 % des personnes des profils *P4-membres inférieurs* et *P5-tous les membres* jugent leur santé altérée et le nombre moyen de maladies pour

2. Compte tenu des spécificités sociodémographiques de chacun des groupes, dans tous les modèles présentés dans cet article, le sexe, l'âge et le niveau de diplôme sont utilisés comme variables de contrôle ; en effet chacune de ces variables est corrélée à la santé en population générale. Enfin, lorsqu'on modélise la restriction de participation sociale, la composition du ménage est ajoutée aux variables précédentes dans les modèles pour les mêmes raisons.

État de santé et participation sociale des adultes atteints de limitations fonctionnelles

TABLEAU 3 • Prévalence des douleurs, symptômes et mal-être dans la population, et risque selon le profil de limitation fonctionnelle

	Prévalence 18-59 ans (en %)	P1 force et endurance	P2 souplesse basse	P3 membres supérieurs	P4 membres inférieurs	P5 tous membres	M1 compor- tement	M2 attention, mémoire	M3 intellectuel	M4 toutes fonctions mentales	S1 audition	S2 vue de près	S3 toutes fonctions sensorielles
Hommes													
Santé perçue jugée altérée	19%	4,8 **	3,7 **	3,3 **	5 **	4 **	1,5 *	2,3 **	1,4	2,5 **	1,5 *		
Vitalité, énergie, dynamisme faibles ^o	27%	2,1 **	1,9 **	1,7 *	2,7 **	2,1 *		1,6 *		1,7			
Douleurs ^o	18%	3,4 **	2,6 **	3 **	4,2 **	2,9 **							0,4 *
Malaises et essoufflements	15%	2,3 **	2 **	1,7 *	2,3 **		1,6 **	2,1 **	1,5 *	2,3 **	1,5 *		
Troubles du sommeil	21%	2,1 **	1,6 **	1,9 **	1,7 **	2,2 **	1,9 **	1,8 **		1,9 **			
Manque d'appétit, anorexie, boulimie	6%	1,8 *	1,4	1,7	2,3 **		1,7 **	1,6 *	1,5	2,2 **			
Stress	40%	1,3	1,2	1,4 *	1,2		1,7 **	1,6 **		1,4			
Détresse psychologique ^o	16%	2,2 **	1,8 **		2,5 **	1,8	2,2 **	1,6 *		1,7	1,4		
Femmes													
Santé perçue jugée altérée	21%	4,1 **	3,1 **	3,3 **	5 **	6,1 **	1,4 *	1,4		2 *			1,6
Vitalité, énergie, dynamisme faibles ^o	36%	1,9 **	1,7 **	1,9 **	2,5 **	2,1 *	1,5 **	1,8 **		2,2 **			
Douleurs ^o	23%	3 **	3,2 **	3,4 **	4,2 **	4,1 **	1,6 *	1,7 *		1,8			
Malaises et essoufflements	27%	1,9 **	1,6 **	1,8 **	2,1 **	1,8 **	1,6 **	1,6 **		2 **			1,5 *
Troubles du sommeil	33%	1,4 **	1,5 **	1,9 **	1,7 **		1,9 **	1,3	0,7	1,4			
Manque d'appétit, anorexie, boulimie	12%	1,6 **	1,6 **	1,7 **	2 **	1,9 **	1,5 **	1,5 **		2,3 **			1,4
Stress	54%	1,2 **		1,3 *	1,2	1,4 *	1,4 **	1,3 **	0,8				
Détresse psychologique ^o	22%	1,7 **	1,3	2,1 **	2 **	2 *	2,2 **	1,7 **		2 *			

Ce modèle est ajusté sur les variables suivantes : groupes de limitations physiques, mentales, sensorielles, âge, niveau de diplôme, maladies du tableau précédent.

Lecture : À âge, niveau d'éducation, maladies et limitations sensorielles et mentales comparables, un homme qui déclare des altérations des membres inférieurs (P4) a 4,2 fois plus de risques de déclarer des douleurs intenses qu'un homme qui ne déclare pas d'altération physique.

La situation de référence est celle d'une personne d'âge inférieur à 30 ans, cadre, ne déclarant aucune des maladies chroniques du tableau précédent, et sans limitation fonctionnelle. ^o : renseigné par auto-questionnaire. Chiffre seul, *, ** : significativement différent (au seuil de 10 %, 5 % et 1 %) de l'individu de référence.

Champ : France métropolitaine et DOM, 18 à 59 ans vivant à leur domicile, en 2008.

Sources : INSEE, enquête Handicap-Santé 2008, volet « ménages ».

ces personnes est plus élevé que dans l'ensemble de la population âgée de 18 à 59 ans. Viennent ensuite les personnes atteintes de limitations mentales multiples, il s'agit des profils *M4-tous troubles mentaux* et les problèmes physiques *P1-forces et endurance*. De façon générale, les personnes déclarant des limitations physiques ont une perception de leur santé plus souvent négative que celles qui ont des limitations cognitives, puis auditives. Les atteintes visuelles en revanche ne sont pas associées à une santé altérée. Cette hiérarchie tient compte des différences d'âge et de caractéristiques sociodémographiques entre les groupes².

Un mauvais état dentaire plus fréquent pour tous les profils

Tous les profils de personnes connaissant des limitations fonctionnelles (sauf auditives) ont un risque important de mauvais état dentaire. Les difficultés d'accès physique aux soins ou encore l'effet de certains médicaments pourraient accroître le risque d'une mauvaise santé buccodentaire (Hennequin, 2008). Ce sont les personnes déclarant des limitations intellectuelles qui estiment le plus fréquemment leur état dentaire mauvais

État de santé et participation sociale des adultes atteints de limitations fonctionnelles

ou très mauvais. Les limitations intellectuelles peuvent affecter la capacité ou la volonté d'entretenir sa dentition au quotidien, et rendre les soins dentaires plus difficiles pour le médecin, mais aussi pour le patient (Hennequin, 2008). Ainsi, les personnes atteintes de limitations intellectuelles évoquent une fois sur quatre la « peur du dentiste, d'examens ou de traitements » comme raison de leur dernier renoncement. Pour l'ensemble de la population ces causes de renoncement sont évoquées une fois sur dix.

Des troubles du comportement et de l'attention associés à une consommation importante d'alcool

Les personnes des profils *M1-comportement* et *M2-concentration-mémoire* déclarent fréquemment une consommation d'alcool importante, avec un risque chronique pour la santé (encadré 4). Le profil M1 est aussi souvent associé à une consommation de tabac : une personne sur deux dans ce groupe déclare fumer, contre une personne sur quatre pour l'ensemble des adultes âgés de 18 à 59 ans. Une consommation importante d'alcool peut être à l'origine des troubles de l'attention et de la mémoire ou de comportements agressifs ou à risques. Mais le tabagisme et l'excès d'alcool peuvent aussi être considérés eux-mêmes comme une façon de se mettre en danger ou « de mettre en danger sa santé ». Or, se mettre en danger est un des items qui conduisent à classer l'individu dans le profil M1. Par ailleurs, les personnes du profil M1 déclarent plus souvent un état dentaire dégradé et des maladies respiratoires, probablement en lien avec ces pratiques.

Les limitations physiques associées à de nombreuses maladies

De nombreuses maladies sont déclarées par les personnes présentant des profils de limitations physiques, plus particulièrement pour les groupes P4 et P5 (tableau 4). Les limitations physiques sont associées à des accidents vasculaires cérébraux, les séquelles et blessures d'accidents, les maladies des articulations et pathologies du dos. À titre d'exemple, les pathologies du dos sont déclarées par une personne sur deux dans le profil *P1-force-endurance*, contre une personne sur cinq pour l'ensemble des adultes de 18 à 59 ans. Les cancers sont également fréquents dans ce groupe ainsi que le diabète chez les personnes atteintes de limitations physiques. Le diabète peut entraîner, bien que rarement, amputations ou cécité, et il est aussi significativement associé avec les limitations visuelles sévères du profil S3.

Les limitations cognitives ou intellectuelles s'accompagnent peu de maladies, à l'exception des maladies psychiques ou mentales : autisme, schizophrénie, dépression, anxiété. Les personnes regroupées dans les profils M3 et M4 sont dans une situation un peu particulière : une personne sur deux a répondu seule au questionnaire, contre neuf sur dix pour l'ensemble de la population des 18 à 59 ans. Le décalage entre ce qui est déclaré dans l'enquête et l'état de santé réel de ces personnes est peut-être plus important. Enfin, les limitations sensorielles sont très rarement associées à des maladies, à l'exception des limitations auditives qui s'accompagnent plus souvent de dépression.

Des pathologies spécifiques associées à des profils physiques mais aussi cognitifs

L'anxiété chronique et la dépression, mais aussi les maladies du dos, sont plus fréquentes parmi les personnes qui ont des limitations cognitives ou physiques. Les associations entre ces pathologies et les profils *M1-comportement* et *M2-concentration-mémoire* pourraient s'expliquer par des pathologies liées à l'activité professionnelle. Les taux d'emploi dans ces groupes sont en effet proches de ceux observés dans la population des 18-59 ans. Mais les troubles de la mémoire et de la concentration peuvent aussi être les conséquences des dépressions ou de leurs traitements. Enfin, l'épilepsie est plus fréquente chez les personnes atteintes de limitations physiques ou intellectuelles que dans le reste de la population. L'épilepsie comme complication de troubles intellectuels a été mise en évidence dans des études épidémiologiques, notamment chez les personnes atteintes de trisomie (de Fréminville, 2008).

Des associations sans doute complexes et parfois fortuites

Les associations reflètent à la fois les conséquences des maladies en termes de limitations fonctionnelles, ou les complications de ces atteintes fonctionnelles. Les accidents vasculaires cérébraux ou les problèmes cardiaques peuvent entraîner des troubles physiques sévères : les personnes déclarent alors des limitations fonctionnelles de type P4 ou P5 par exemple. Si elles sont alitées ou confinées au fauteuil, elles ont plus de risques de déclarer des escarres ou des infections urinaires fréquentes. L'obésité et le diabète sont liés à des limitations fonctionnelles physiques : ces pathologies peuvent être causes et conséquences des limitations fonctionnelles, par défaut d'activité physique par exemple. D'autres pathologies sont fréquemment associées sans qu'il ne soit possible de déterminer la nature ou le sens des associations. Enfin, certaines associations peuvent être fortuites.

Des symptômes fréquents en présence de limitations physiques, mais rares en présence de limitations sensorielles

Une fois prises en compte les maladies déclarées, les profils de limitations sensorielles s'accompagnent rarement de symptômes (encadré 4). En revanche, en présence d'une limitation physique, quel que soit le profil, hommes et femmes déclarent trois à quatre fois plus fréquemment des douleurs et deux à quatre fois plus fréquemment un manque de vitalité et d'énergie, que les personnes n'ayant pas de limitation physique (tableau 3).

État de santé et participation sociale des adultes atteints de limitations fonctionnelles

Ce sont les hommes et femmes des profils *P4 membres inférieurs*, *P5 tous membres* et *P1 force et endurance* qui déclarent le plus de symptômes tels que la fatigue, les douleurs, les malaises, l'essoufflement et des troubles de l'alimentation ou du sommeil. Les troubles de l'alimentation sont plus fréquemment associés à des limitations de force et d'endurance ou de mobilité chez les hommes et à toutes les limitations physiques chez les femmes.

Des symptômes physiques et psychiques associés aux troubles de la mémoire et du comportement

Les hommes et les femmes des profils *M1 comportement* ou *M2 trouble de l'attention et de la mémoire* présentent des symptômes de tous ordres, tant psychiques que physiques, y compris la douleur pour les femmes. Là encore, les symptômes, liés à des pathologies ou à des traitements, peuvent être à la fois cause et conséquence des limitations fonctionnelles.

Les personnes qui ont des limitations intellectuelles, *M3 intellectuel*, ne semblent pas déclarer beaucoup plus de symptômes, mais dans cette catégorie, une personne sur deux a répondu seule au questionnaire, contre neuf personnes sur dix dans les groupes *M1* et *M2* par exemple. Dans le cas des limitations intellectuelles, le questionnaire a souvent été rempli par un proche qui n'est pas toujours en mesure d'évaluer précisément le ressenti de la personne (douleurs, stress...) et peut le sous-estimer.

Des symptômes qui sont encore présents parmi ceux qui travaillent

En limitant le champ aux personnes qui travaillent, l'étude se concentre sur une population *a priori* moins sévèrement limitée par les altérations fonctionnelles ou mieux à même d'y faire face pour poursuivre une activité professionnelle. Pourtant, si les mêmes symptômes restent associés aux mêmes limitations fonctionnelles, quoique légèrement atténués, les douleurs font exception. La déclaration de douleurs pour les personnes qui ont une limitation physique est au contraire encore plus importante parmi celles qui sont en emploi, peut-être parce que l'emploi est la cause directe ou une cause aggravante de ces douleurs et probablement aussi parce qu'avoir un emploi génère des activités supplémentaires qui peuvent être sources de douleurs : transports domicile-travail, par exemple. Par ailleurs, ce ressenti de symptômes existe même lorsqu'on prend en compte les inégalités sociales, à travers la catégorie sociale. Les risques de douleurs, fatigue, malaises et troubles du sommeil sont en effet bien plus élevés parmi les ouvriers et employés que parmi les cadres alors que c'est l'inverse pour la déclaration de stress.

ENCADRÉ 4

LES INDICATEURS DE SANTÉ, SYMPTÔMES ET MAL-ÊTRE

Santé perçue. L'enquête HSM comprend l'indicateur de santé perçue harmonisé au niveau européen (Comment est votre état de santé en général ? « Très bon, bon, *versus* assez bon, mauvais, très mauvais »). État de santé altéré : santé considérée comme assez bonne, mauvaise ou très mauvaise, par opposition à bonne ou très bonne.

Risque alcoolique chronique. Défini par les profils d'alcoolisation de l'AUDIT-C. Il correspond à une consommation d'alcool moyenne supérieure ou égale à trois verres par jour pour les hommes et deux verres par jour pour les femmes.

Maladies. Dans l'enquête Handicap-santé, on recense à l'aide d'une carte de 48 items présentée aux enquêtés, les maladies ou problèmes de santé qu'ils ont actuellement ou qu'ils ont eus au cours de leur vie. Pour les besoins de l'étude, les items sont regroupés afin de former des catégories de maladies : par exemple, les maladies cardiaques regroupent les infarctus du myocarde, les angors, l'hypertension artérielle, etc.

Troubles et symptômes. En complément des maladies, l'enquête Handicap-Santé 2008 recense différents troubles ou symptômes que les personnes ont eus de façon répétée au cours des 12 derniers mois : des troubles du sommeil, un manque d'appétit, de l'anorexie ou de la boulimie, des malaises, étourdissements, vertiges ou éblouissements, des essoufflements ou difficultés à respirer, du stress. Par ailleurs, une partie de l'enquête est administrée par autoquestionnaire, permettant notamment de mesurer la qualité de vie des personnes : la détresse psychologique (score MH5) est définie à partir de cinq indicateurs (être rarement voire jamais « heureux », ni « calme et détendu » et être souvent ou toujours « nerveux », « découragé », « triste ou abattu »), la vitalité (score VT4) est définie à partir de quatre indicateurs (être rarement voire jamais « dynamique », « débordant d'énergie », être souvent ou toujours « fatigué », « épuisé »), les douleurs retenues sont celles qui sont déclarées d'intensité « moyenne, grande ou très grande ». Toutefois, l'autoquestionnaire ne peut être rempli que par la personne elle-même, contrairement au reste de l'enquête qui autorise la personne interrogée à se faire aider, voire se faire remplacer, par un proche. Ainsi, l'état de santé des personnes atteintes de limitations *intellectuelles*, de *toutes les fonctions mentales* ou de *tous les membres* leur permet rarement de remplir l'autoquestionnaire. La détresse psychologique, la vitalité et les douleurs déclarées par ces groupes doivent donc être analysées avec prudence.

Restrictions dans les domaines professionnel, domestique et relationnel. Ces trois domaines permettent de mesurer le « désavantage » social que les personnes atteintes de déficiences subissent dans la vie de tous les jours. On parle de désavantage professionnel si les personnes atteintes de déficiences sont moins souvent en emploi au moment de l'enquête que les autres personnes, à caractéristiques socio-économiques comparables. Le désavantage domestique est recueilli avec les IADL (Important Activities of Daily Living) : on recense les difficultés qu'une personne peut avoir pour accomplir seules des tâches essentielles du quotidien, comme faire les courses, le ménage, les tâches administratives, bricoler, se servir du téléphone, prendre les transports en commun, etc. Il y a désavantage lorsque les personnes déclarent des difficultés importantes pour au moins une de ces activités. Enfin, le désavantage relationnel est mesuré par la question suivante : « au quotidien, éprouvez-vous des difficultés à nouer des relations avec d'autres personnes ? Non, aucune difficulté – Oui, quelques difficultés – Oui, beaucoup de difficultés ». Dans cette étude, on parle de désavantage lorsque l'enquêté déclare avoir « beaucoup » de difficultés pour nouer des relations.

État de santé et participation sociale des adultes atteints de limitations fonctionnelles

TABLEAU 4 • **Odd-ratio de déclarer des difficultés pour les 3 types d'activités (tâches domestiques, relations à autrui, emploi) selon le profil de limitation fonctionnelle, les symptômes et le mal-être**

	Difficultés pour les tâches domestiques			Difficultés dans les relations avec les autres			Ne travaille pas au moment de l'enquête			Santé jugée mauvaise ou très mauvaise		
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 1	Modèle 1	Modèle 1	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3
P1 - force endurance	11,7 [9,3 - 14,8]	8,5 [6,7 - 10,8]	7,4 [5,8 - 9,4]	1,3 [1,0 - 1,8]	1,1 [0,8 - 1,4]	0,9 [0,6 - 1,2]	2,9 [2,3 - 3,7]	2,5 [2 - 3,2]	2,2 [1,7 - 2,8]	6,3 [5 - 7,8]	4,1 [3,3 - 5,2]	3,1 [2,4 - 3,9]
P2 - souplesse basse	5,0 [4,0 - 6,4]	3,6 [2,8 - 4,6]	3,2 [2,5 - 4,1]	1,3 [1,0 - 1,8]	1 [0,8 - 1,4]	0,9 [0,6 - 1,2]	2,6 [2,1 - 3,2]	2,2 [1,8 - 2,7]	2 [1,6 - 2,4]	4,4 [3,5 - 5,4]	2,8 [2,2 - 3,5]	2,2 [1,7 - 2,7]
P3 - membres supérieurs	13,3 [9,5 - 18,6]	10,8 [7,6 - 15,1]	9,3 [6,6 - 13,2]	1,8 [1,2 - 2,7]	1,5 [1,0 - 2,3]	1,2 [0,8 - 1,8]	2,8 [2 - 3,9]	2,5 [1,8 - 3,6]	2,2 [1,6 - 3,1]	7,1 [5,2 - 9,8]	5,6 [4 - 7,8]	4,1 [2,9 - 5,8]
P4 - membres inférieurs	38,1 [29,1 - 49,9]	28,5 [21,7 - 37,5]	24,4 [18,5 - 32,2]	1,5 [1,2 - 2]	1,2 [0,9 - 1,6]	1 [0,7 - 1,3]	7,6 [5,7 - 10,1]	6,6 [5 - 8,8]	5,6 [4,2 - 7,5]	13,9 [10,9 - 17,5]	9,5 [7,5 - 12,2]	6,9 [5,4 - 9]
P5 - tous membres	57,5 [33,5 - 98,8]	43,8 [25,4 - 75,6]	38,1 [22,1 - 65,7]	1,3 [0,8 - 2]	1 [0,7 - 1,6]	0,9 [0,6 - 1,4]	14,3 [7,7 - 26,4]	12,4 [6,7 - 23]	11,1 [6 - 20,7]	11,5 [7,8 - 16,9]	7,7 [5,2 - 11,5]	6,7 [4,4 - 10,2]
M1 - comportement	2 [1,5 - 2,6]	1,6 [1,2 - 2,1]	1,4 [1,1 - 1,9]	4,2 [3,3 - 5,3]	3,6 [2,8 - 4,6]	3 [2,3 - 3,8]	1,3 [1,0 - 1,6]	1,1 [0,9 - 1,4]	1 [0,8 - 1,3]	2 [1,6 - 2,6]	1,5 [1,2 - 1,9]	1 [0,8 - 1,4]
M2 - attention mémoire	3,5 [2,7 - 4,7]	2,8 [2,1 - 3,7]	2,5 [1,9 - 3,4]	3,2 [2,5 - 4,2]	2,7 [2,1 - 3,5]	2,3 [1,7 - 3]	1,5 [1,2 - 1,9]	1,3 [1,0 - 1,7]	1,2 [0,9 - 1,5]	2,5 [1,9 - 3,2]	1,8 [1,4 - 2,3]	1,3 [1,0 - 1,7]
M3 - intellectuel	21,2 [14,7 - 30,8]	17,4 [12 - 25,3]	17,8 [12,1 - 26,1]	8,2 [6,1 - 11]	7,1 [5,3 - 9,6]	6,9 [5,1 - 9,3]	3,1 [2,1 - 4,4]	2,9 [2 - 4,1]	2,7 [1,9 - 3,9]	1,9 [1,3 - 2,6]	1,5 [1,0 - 2,1]	1,2 [0,9 - 1,8]
M4 - toutes fct mentales	21,7 [14,3 - 33,1]	17 [11,1 - 26]	14 [9,1 - 21,4]	19,3 [13,8 - 27,1]	16,6 [11,8 - 23,3]	13,3 [9,4 - 18,8]	3,5 [2,3 - 5,3]	3,1 [2 - 4,6]	2,6 [1,7 - 3,9]	4,3 [3 - 6,1]	3,1 [2,1 - 4,4]	2 [1,4 - 2,9]
S1 - ouïe	1,3 [1,0 - 1,7]	1,2 [0,9 - 1,6]	1,2 [0,9 - 1,6]	2,1 [1,6 - 2,8]	1,9 [1,5 - 2,5]	1,9 [1,5 - 2,5]	1,1 [0,9 - 1,4]	1,1 [0,8 - 1,3]	1 [0,8 - 1,3]	1,3 [1,0 - 1,7]	1,1 [0,8 - 1,4]	1 [0,7 - 1,3]
S2 - de près	2,4 [1,5 - 3,8]	2,2 [1,4 - 3,4]	2,2 [1,4 - 3,5]	1,9 [1,3 - 3]	1,8 [1,2 - 2,7]	1,9 [1,3 - 3]	2,3 [1,5 - 3,5]	2,2 [1,4 - 3,3]	2,2 [1,5 - 3,4]	1,3 [0,9 - 2]	1,2 [0,8 - 1,8]	1,3 [0,8 - 2]
S3 - tous sens	3,2 [2,1 - 4,8]	3,1 [2,1 - 4,8]	3,2 [2,1 - 5]	1,1 [0,7 - 1,7]	1,1 [0,7 - 1,7]	1,1 [0,7 - 1,7]	1,7 [1,1 - 2,4]	1,6 [1,1 - 2,4]	1,7 [1,1 - 2,4]	1 [0,7 - 1,5]	1 [0,7 - 1,5]	1,1 [0,7 - 1,6]
1 Maladie		4,1 [2,7 - 6,3]	3,6 [2,3 - 5,4]		1,9 [1,4 - 2,6]	1,5 [1,1 - 2,1]		1,2 [1,0 - 1,4]	1,1 [0,9 - 1,2]		7,6 [4,5 - 13]	4,8 [2,8 - 8,2]
2 Maladies		5 [3,3 - 7,7]	3,9 [2,5 - 6]		2,7 [2 - 3,6]	1,9 [1,4 - 2,6]		1,3 [1,1 - 1,5]	1,1 [0,9 - 1,3]		11,1 [6,5 - 18,9]	5,7 [3,3 - 9,9]
3 ou 4 Maladies		6,7 [4,4 - 10,1]	4,7 [3,1 - 7,3]		3,1 [2,3 - 4,2]	1,9 [1,4 - 2,6]		1,4 [1,2 - 1,6]	1,1 [0,9 - 1,3]		18,3 [10,8 - 31,2]	7,5 [4,3 - 12,9]
5, 6 ou 7 Maladies		8,5 [5,5 - 13,2]	5,7 [3,6 - 8,9]		3,2 [2,3 - 4,6]	1,7 [1,2 - 2,5]		1,7 [1,4 - 2,1]	1,2 [1,0 - 1,5]		24,8 [14,4 - 42,7]	8,2 [4,7 - 14,4]
8 Maladies ou +		10,7 [6,9 - 16,6]	6,8 [4,3 - 10,7]		4,1 [2,9 - 5,8]	2 [1,4 - 2,8]		2,1 [1,7 - 2,6]	1,4 [1,1 - 1,7]		40,2 [23,4 - 69,3]	10,3 [5,9 - 18,1]
1 Symptôme			1,3 [0,9 - 2]			1,8 [1,2 - 2,6]			1,2 [1,0 - 1,4]			2,2 [1,2 - 4,1]
2,3 Symptômes			2,6 [1,8 - 3,7]			2,2 [1,6 - 3,1]			1,5 [1,3 - 1,8]			7,2 [4,1 - 12,5]
4,5 Symptômes			3,1 [2,2 - 4,4]			4,1 [2,9 - 5,8]			1,8 [1,5 - 2,2]			20,1 [11,6 - 35]
6,7 Symptômes			3,4 [2,3 - 4,9]			6,3 [4,3 - 9]			2,7 [2,2 - 3,3]			39,1 [22,3 - 68,7]

Modèles ajustés sur le sexe, l'âge, profils de limitations fonctionnelles, niveau d'études et composition du ménage. Modèle 2 = Modèle 1 + maladies du tableau 2. Modèle 3 = Modèle 2 + symptômes et mal-être.

Champ : France métropolitaine et DOM, 18 à 59 ans vivant à leur domicile, en 2008.

Sources : INSEE, enquête Handicap-Santé 2008, volet « ménages ».

■ DES INTERACTIONS ENTRE LES LIMITATIONS FONCTIONNELLES, LES MALADIES ET SYMPTÔMES ET LA PARTICIPATION SOCIALE

Les limitations fonctionnelles physiques: un frein aux tâches du quotidien et à l'emploi

Trois personnes sur quatre, parmi celles atteintes de limitations des membres inférieurs, *P5 tous membres* et *P4 membres inférieurs*, déclarent au moment de l'enquête ne pas être en emploi et avoir des difficultés importantes pour les tâches du quotidien (tableau 1bis). De façon générale, et toutes choses égales par ailleurs, les personnes regroupées dans les profils de limitations physiques ont ces mêmes difficultés (tableau 4, modèle 1). Les personnes regroupées dans le profil *P2 souplesse basse* sont moins désavantagées que celles du profil *P5 tous membres*, les plus désavantagées (encadré 4). En revanche, pour les personnes qui déclarent des limitations physiques, le mauvais état de santé explique mieux que les limitations elles-mêmes les difficultés des personnes dans les relations aux autres. Les personnes présentant des limitations physiques n'ont qu'un peu plus de difficultés dans les relations avec les autres que ceux qui n'ont pas ces limitations; la différence n'est plus significative lorsqu'on prend en compte les maladies associées (tableau 4, modèle 2).

État de santé et participation sociale des adultes atteints de limitations fonctionnelles

Le désavantage dans toutes ses dimensions en présence de limitations mentales

Le désavantage est maximal pour les personnes qui déclarent des limitations intellectuelles, M3 et M4. 50 % à 60 % d'entre elles déclarent des difficultés pour nouer des relations avec les autres et les risques de difficultés pour les tâches du quotidien et les taux d'emploi sont semblables à ceux observés chez les personnes regroupées dans les profils P4 et P5 (tableau 1bis). Les relations avec autrui sont aussi plus difficiles pour les personnes atteintes de troubles du comportement, de l'attention et de la mémoire. En revanche, les tâches du quotidien et l'accès à l'emploi le sont moins pour ces personnes. Enfin, les limitations auditives ne sont associées qu'à des difficultés dans les relations avec les autres.

Maladies et symptômes : une aggravation à la marge de ces désavantages sociaux

Les problèmes de santé des personnes atteintes de limitations fonctionnelles contribuent à leurs difficultés de participation à la vie sociale. Ce résultat, connu en population générale, est ici étudié pour chaque profil-type de limitation. Pour les personnes de chaque profil, le cumul de maladies et les symptômes associés expliquent une partie, certes faible, des risques de désavantage.

Par exemple, un individu du profil *P1 force endurance* a 11,7 fois plus de risques de déclarer des difficultés dans les activités du quotidien qu'une personne qui n'a pas de limitation physique (tableau 4, modèle 1). L'association des maladies et symptômes avec les limitations de force et d'endurance explique une petite partie de ce risque : en effet, une fois «écarté» ce qui est dû aux maladies et symptômes, le risque de difficultés sociales lorsqu'on présente une limitation *P1 force et endurance* se réduit (tableau 4, modèle 3). Ces maladies ou symptômes contribuent au risque de difficultés sociales pour tous les profils de limitations, mais rarement de façon significative, probablement pour cause d'effectifs un peu faibles. Cette contribution est significative uniquement pour le risque de déclarer une mauvaise santé perçue (tableau 2), la santé perçue étant aussi une mesure de la qualité de vie.

Ce cumul de maladies et symptômes et de limitations fonctionnelles sévères n'explique donc pas fondamentalement le désavantage des personnes de ces profils déjà important. D'autres variables non observées dans le modèle entrent en jeu, mais le cumul reste un facteur non négligeable de restrictions d'activités. Compte tenu des difficultés d'accès aux soins des personnes handicapées, évoquées notamment lors des auditions publiques menées par la Haute autorité de santé (HAS) en 2008, ces résultats soulignent la nécessité et les possibilités d'interventions auprès de ces personnes. L'amélioration de la qualité de vie et la participation sociale des personnes atteintes de limitations fonctionnelles passe par une prise en charge globale des pathologies mais aussi des symptômes physiques et psychiques associés.

Bibliographie

- AZEMA B. ET MARTINEZ N., 2005, Les personnes handicapées vieillissantes : espérances de vie et de santé ; qualité de vie, *RFAS N° 2*.
- CAMBOIS E., DÉSÈSQUELLES A., RAVAUD J.F., 2003, « Femmes et hommes inégaux face aux handicaps », *Population et Sociétés*, 386, p. 1-4.
- DREES (Ed.), 2009, *La santé des femmes*, La Documentation Française, 285 p.
- CREWS J. E., CAMPBELL V. A., 2004, « Vision impairment and hearing loss among community-dwelling older Americans : implications for health and functioning », *Am J Public Health*, 94(5), p. 823-9.
- EMPTAGE N.P., STURM R., ROBINSON R.L., 2005, « Depression and comorbid pain as predictors of disability, employment, insurance status, and health care costs », *Psychiatr Serv*, 56(4), p. 468-74.
- DE FRÉMINVILLE B., trisomie 21 et accès aux soins, Accès aux soins des personnes en situation de handicap, audition publique, Paris 22 et 23 octobre 2008 : disponible sur internet : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_736311/acces-aux-soins-des-personnes-en-situation-de-handicap-rapport-de-la-commission-d-audition-publique
- GUTIERREZ D.D., THOMPSON L., KEMP B., MULROY S. J., 2007, « The relationship of shoulder pain intensity to quality of life, physical activity, and community participation in persons with paraplegia », *J Spinal Cord Med*, 30(3), p. 251-5
- HENNEQUIN M., Accès aux soins bucco-dentaires, accès aux soins des personnes en situation de handicap, audition publique, Paris 22 et 23 octobre 2008 : disponible sur internet : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_736311/acces-aux-soins-des-personnes-en-situation-de-handicap-rapport-de-la-commission-d-audition-publique
- HAVEMAN MEINDERT, PERRY JONATHAN, SALVADOR-CARULLA LUIS, WALSH PATRICIA NOONAN, KERR MIKE, VALK HENNY VAN SCHROJENSTEIN LANTMAN-DE, HOVE GEERT VAN, BERGER DASA MORAVEC, AZEMA BERNARD, BUONO SERAFINO, ET AL., 2011, « Ageing and health status in adults with intellectual disabilities : Results of the European POMONA II study », *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 36(1), p. 49-60.
- KRAMER S. E., 2008, « Hearing impairment, work, and vocational enablement », *Int J Audiol*, 47 Suppl 2, p. S124-30
- LAMOUREUX E. L., HASSELL J. B., KEEFFE J. E., 2004, « The determinants of participation in activities of daily living in people with impaired vision », *Am J Ophthalmol*, 137(2), p. 265-70.
- MISAJON R., MANDERSON L., PALLANT J. F., OMAR Z., BENNETT E., RAHIM R. B., 2006, « Impact, distress and HRQoL among Malaysian men and women with a mobility impairment », *Health Qual Life Outcomes*, 4, p. 95
- MISSIUNA C., MOLL S., KING G., STEWART D., MACDONALD K., 2008, « Life experiences of young adults who have coordination difficulties », *Can J Occup Ther*, 75(3), p. 157-66.
- RUDBERG MA, FURNER SE, DUNN JE, CASSEL CK, 1993, « The relationship of visual and hearing impairments to disability : an analysis using the longitudinal study of aging », *J Gerontol*, 48(6), p. M261-M265.
- ROTH-ISIGKEIT A., THYEN U., STOVEN H., SCHWARZENBERGER J., SCHMUCKER P., 2005, « Pain among children and adolescents : restrictions in daily living and triggering factors », *Pediatrics*, 115(2), p. e152-62.
- RENAUD J., LEVASSEUR M., GRESSET J., OVERBURY O., WANET-DEFALQUE M. C., DUBOIS M. F., TEMISJIAN K., VINCENT C., CARIGNAN M., DESROSIERS J., 2010, « Health-related and subjective quality of life of older adults with visual impairment », *Disabil Rehabil*, 32(11), p. 899-907.
- SANTIAGO M., COYLE C., 2004, « Leisure-time physical activity and secondary conditions in women with physical disabilities », *Disabil Rehabil*, 26(8), p. 485-94.
- SERMET C., Données statistiques sur la consommation de soins, Accès aux soins des personnes en situation de handicap, audition publique, Paris 22 et 23 octobre 2008 : disponible sur internet : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_736311/acces-aux-soins-des-personnes-en-situation-de-handicap-rapport-de-la-commission-d-audition-publique
- WALLHAGEN M. I., STRAWBRIDGE W. J., SHEMA S. J., KURATA J., KAPLAN G. A., 2001, « Comparative impact of hearing and vision impairment on subsequent functioning », *J Am Geriatr Soc*, 49(8), p. 1086-92.
- WILKIE R., PEAT G., THOMAS E., CROFT P., 2007, « Factors associated with participation restriction in community-dwelling adults aged 50 years and over », *Qual Life Res*, 16(7), p. 1147-56.