

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

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/276-des-disparites-de-limitations-motrices-ou-organiques-importantes-entre-les-departements.pdf>

## Des disparités de limitations motrices ou organiques importantes entre les départements

Maude Espagnacq, Catherine Sermet, Camille Regaert, Fabien Daniel (Irdes)

Les limitations motrices ou organiques se définissent comme les gênes réduisant les capacités des individus à accomplir certaines fonctions telles la locomotion, la préhension, la souplesse, la digestion, la continence... Le repérage des personnes avec des limitations motrices ou organiques sévères présenté ici est le résultat de l'indicateur Fish (Faisabilité d'identification des personnes en situation de handicap), construit à partir des données du Système national des données de santé (SNDS). Source administrative déjà issue des remboursements de soins par l'Assurance maladie et échappant aux biais déclaratifs des enquêtes, cet indicateur utilise des données accessibles en continu et sur longue période, sur l'ensemble de la population, quels que soient l'âge ou le lieu de vie permettant ainsi d'améliorer la connaissance des populations dans le domaine de l'autonomie. Ces travaux sont aussi les premiers à proposer une comparaison départementale, tous âges et lieux de vie, du risque de handicap à la suite de ce type de limitations.

La population ayant des limitations motrices ou organiques identifiée par l'indicateur est légèrement plus large que dans les sources déclaratives (14 % contre 12 %, soit près de 10 millions de personnes). Si globalement la population souffrant de ces limitations est plutôt âgée et féminine, cet indicateur identifie aussi une population non repérée dans les enquêtes assez jeune et plutôt masculine. Cet indicateur met également en lumière des disparités départementales qui s'accroissent avec l'avancée en âge.

En France, plusieurs sources de données sont disponibles ou se développent sur lesquelles les pouvoirs publics peuvent s'appuyer afin de mettre en œuvre des politiques pour les personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie (systèmes d'informations à partir des reconnaissances administratives de handicap, enquêtes de la Statistique publique...). La mise en place d'un système d'informations à partir des sources

médico-administratives en lien direct avec l'autonomie (Système d'information commun des Maisons départementales des personnes handicapées-SI-MDPH ; Remontées individuelles de la Prestation de compensation du handicap RI-PCH ; Remontées individuelles de l'Allocation personnalisée d'autonomie RI-Apa) est en cours de construction. Nous recourons ici à une autre source d'information, le Système national des données de santé

(SNDS), car il contient des données qui peuvent être utilisées pour créer un indicateur identifiant les personnes à risque de handicap à partir de leurs consommations de soins. Cet indicateur, issu du projet de recherche Fish-Rish (encadrés Repères et Méthode), a l'avantage de ne pas se limiter aux personnes qui font une démarche pour obtenir une reconnaissance de handicap, ce qui est le cas des autres sources administratives. Le recours aux données

## MÉTHODE

### Construction de l'algorithme

L'objectif de cet algorithme est de repérer des personnes qui ont des déficiences quelle que soit leur nature (musculaire, osseuse, neurologique, cardiaque, organique, métabolique...) qui ont des répercussions fortes sur leur capacité lors d'activités motrices ou organiques (locomotion, préhension, souplesse, fatigue, digestion, incontinence...), souvent appelée limitations fonctionnelles motrices dans les enquêtes. Pour réaliser cet indicateur de risque de handicap à la suite de limitations motrices ou organiques, une cohorte de personnes en vie au 31 décembre 2019 a été constituée. Sa consommation de soins de 2012 à 2019 a été étudiée afin d'identifier les actes traçant une déficience motrice ou organique qui présagerait un risque de limitation importante dans les activités de la vie quotidienne (s'habiller, faire les courses, sortir, manger...). Les données de 2012 à 2019 ont été chaînées pour obtenir un indicateur binaire de risque de handicap à la suite de limitations motrices ou organiques pour l'année 2019 (Espagnacq, à paraître).

L'ensemble des informations disponibles dans le Système national des données de santé (SNDS) – les codes traceurs de la Classification internationale des maladies (Cim) issus des motifs d'exonération du ticket modérateur ou d'hospitalisation, les actes de chirurgie, les dispositifs médicaux, les médicaments, les actes des professionnels de santé et les séjours en soins de suite et de réadaptation (SSR) – a été classé selon trois possibilités : l'information permet de considérer que la personne a une limitation fonctionnelle « avérée », « potentielle », ou « pas de limitation ou non informatif ». La limitation est considérée comme « avérée » si elle est certaine (quel que soit le stade de la maladie) et « durable » (par exemple une amputation, une tétraplégie...). Si l'information fournie n'indique pas de risque de limitation ou ne permet pas de savoir s'il y a une limitation (l'essentiel des bilans par exemple), l'information est codée dans la catégorie « pas de limitation ». La limitation sera considérée comme « potentielle » si le traceur indique des conséquences sur l'individu mais incertaines, une durée de la limitation courte, que la pathologie peut guérir ou être soignée à plus ou moins long terme. Lorsque la limitation est classée « potentielle », une recherche sur d'autres traceurs est menée pour déterminer si cet élément peut être considéré comme avéré ou non. Si l'algorithme permet d'identifier une limitation après la mise en relation des différents traceurs, l'individu sera considéré avec un risque de handicap « avéré ». Inversement, si les traceurs ne permettent pas d'iden-

médico-administratives offre en outre la possibilité d'éviter certains biais propres aux enquêtes déclaratives, d'avoir des données disponibles en continu et sur longue période sur l'ensemble de la population, quels que soient l'âge ou le lieu de vie. En revanche, contrairement aux enquêtes sur le thème, le SNDS fournit très peu de données contextuelles. Les deux sources d'informations sont donc complémentaires.

En France, la première enquête dédiée aux personnes en situation de handicap, Handicaps, incapacités, dépendance, date de 1998 (HID-Mormiche, 2001, 2003 ; Ravaud, 2002). La deuxième enquête de cette nature, l'enquête Handicap santé (HS-Bouvier 2011 et 2012), s'est déroulée en 2008, la prochaine – l'enquête Autonomie – sera disponible en 2025 (Rey, 2023). Ces enquêtes, riches tant sur la façon d'identifier les personnes en situation de handicap qu'en termes de données de contexte, sont peu fréquentes étant donné leur complexité. Un point de fragilité demeure dans ces enquêtes : en dehors des enquêtes Vie quotidienne et santé (VQS) de 2014 et 2021, peu sont représentatives au niveau régional ou *infra*, ce qui limite les études géographiques sur ce champ. Or, la gestion des reconnaissances administratives du handicap *via* les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ainsi que certains financements (Prestation de compensation du handicap-PCH, Allocation personnalisée d'autonomie-Apa...) se font au niveau départemental.

Après avoir comparé nos résultats aux enquêtes existantes, les différences départementales concernant les personnes avec des limitations motrices et organiques sont présentées.

### Près de 10 millions de personnes avec des limitations motrices ou organiques

L'algorithme a permis d'identifier 9,8 millions de personnes avec une limitation motrice ou organique en 2019, soit 14 % de l'ensemble de population française (tous âges et lieux de vie). L'âge moyen de cette population est de 60,2 ans. Le fait d'avoir une limitation motrice ou organique augmente fortement avec l'âge passant de 2 % chez les moins de 16 ans à 36 % chez les 75-84 ans et à plus de 50 % au-delà de cet âge (tableau). La proportion de personnes avec des limitations motrices sévères par âge issue de VQS est plus faible (Rey, 2023). S'expliquant par le champ différent (dans VQS uniquement les personnes vivant à domicile et âgées de plus de cinq ans), mais surtout du fait de l'indicateur disponible dans VQS. Seulement trois questions sur les limitations fonctionnelles motrices peuvent être prises en compte (encadré Méthode), ce qui réduit, de fait, la population concernée par les limitations motrices : 4,4 millions de personnes à partir de VQS contre 7,1 millions à partir de l'enquête HS de 2008 qui prend en compte l'ensemble des questions sur les limitations motrices, tous les âges et lieux de vie (Espagnacq, à paraître).

La méthode de repérage avec l'algorithme Fish est plus large que celle issue d'enquêtes déclaratives. En effet, à partir de l'enquête HS (dernière enquête disponible avec l'ensemble des questions sur les limitations fonctionnelles motrices et incluant les personnes en établissement), en standardisant sur la répartition de la population française en 2019, 12 % de la population française déclarant au moins une fois avoir beau-

... Suite p. 4

T

### Répartition des personnes repérées avec des limitations motrices ou organiques selon l'âge et le sexe

	Moins de 16 ans	16-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65-74 ans	75-84 ans	85-94 ans	95 ans et plus	Total
<b>Identifiées par l'algorithme (effectif en millier)</b>											
Hommes	147	138	250	399	633	861	888	589	320	30	4 255
Femmes	122	149	348	534	788	1 001	988	782	705	119	5 536
<b>Total</b>	<b>269</b>	<b>287</b>	<b>598</b>	<b>933</b>	<b>1 421</b>	<b>1 862</b>	<b>1 876</b>	<b>1 371</b>	<b>1 025</b>	<b>149</b>	<b>9 791</b>
Part des personnes avec une limitation selon le groupe d'âge	2 %	4 %	7 %	11 %	16 %	22 %	27 %	36 %	53 %	64 %	14 %
Part des femmes chez les personnes avec une limitation	45 %	52 %	58 %	57 %	55 %	54 %	53 %	57 %	69 %	80 %	57 %

**Champ :** Personnes vivantes au 31 décembre 2019 (tous âges et lieux de vie), présentes dans le Système national des données de santé (SNDS-Tous régimes).

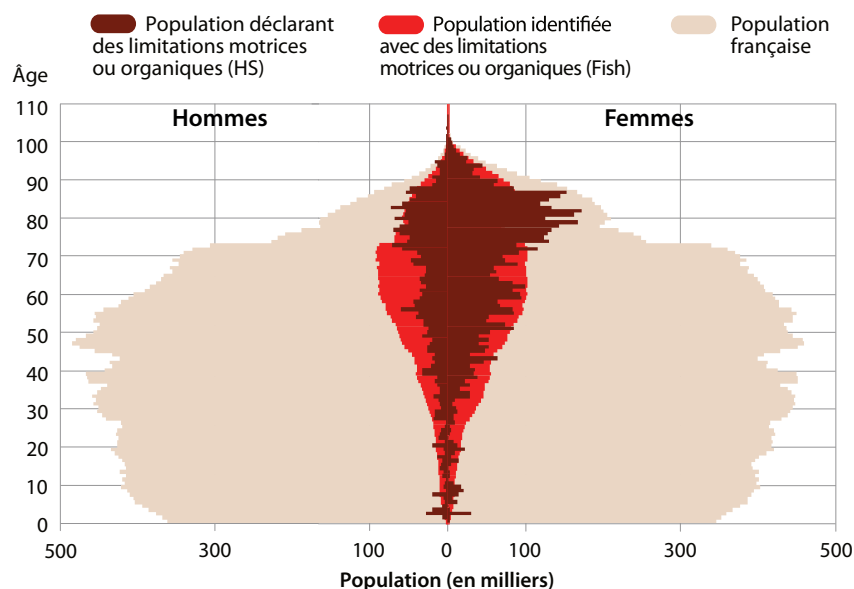
**Source :** SNDS 2012-2019.

[Télécharger les données](#)

coup de difficultés ou ne pas pouvoir faire du tout une des huit activités retenues. Le repérage additionnel réalisé par l'algorithme est concentré sur des personnes plus jeunes et plus masculines (figure 1). D'une part, l'algorithme repérant des situations de « principe » sans prendre en compte l'environnement de la personne (social et matériel) identifie des personnes qui, malgré une déficience, ne considèrent pas avoir de limitations fonctionnelles car elles reçoivent de l'aide ou ont un environnement adapté. D'autre part, le choix et le nombre de questions posées modifient fortement les estimations dans les enquêtes : suivant le nombre de limitations retenues, la population en déclarant peut passer du simple au double. Or, les questions sur les limitations fonctionnelles posées dans l'enquête HS n'incluent pas toutes les limitations motrices ou organiques possibles, notamment la fatigabilité ou les conséquences de maladies chroniques avec des phases d'accalmies par exemple. Il est donc possible que l'algorithme repère également des limitations qui ne sont pas bien identifiées dans les enquêtes couvrant ainsi un nombre plus important d'individus. En revanche, la très forte concentration des femmes très âgées (au-delà de 75 ans) déclarant des limitations motrices dans l'enquête HS n'est pas retrouvée de manière aussi prononcée avec l'algorithme.

F1

### Pyramide des âges de la population générale en 2019, avec des limitations motrices ou organiques en 2019 selon l'algorithme Fish et l'enquête Handicap santé (HS) de 2008



**Champ :** Personnes vivantes au 31 décembre 2019 (tous âges et tous lieux de vie), présentes dans le Système national des données de santé (SNDS-Tous régimes). ; Handicap santé (HS) : répondants à l'enquête, données pondérées standardisées sur les effectifs de la population du SNDS de 2019.

**Sources :** SNDS 2012-2019 et HS 2008.

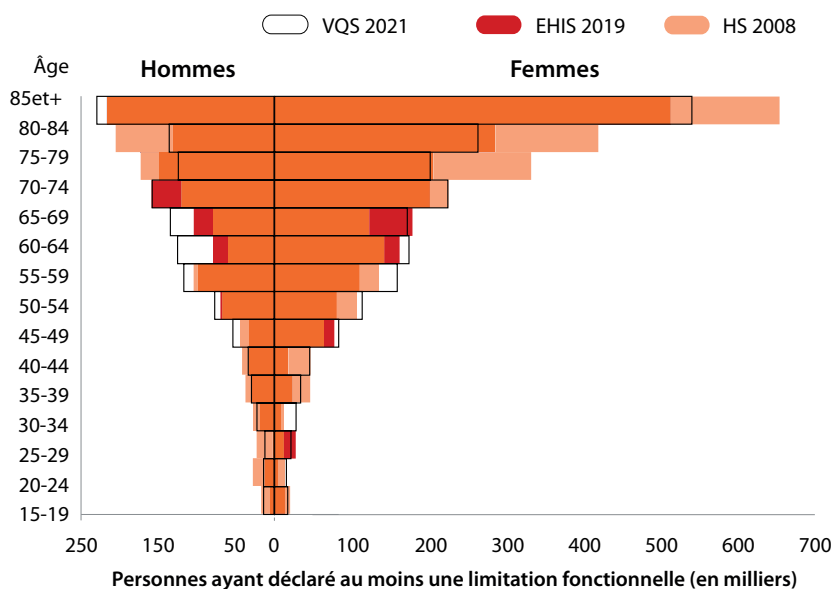
[Télécharger les données](#)

Ceci s'explique du fait que dans l'enquête HS de 2008, les générations concernées par le grand âge étaient nées avant la Seconde Guerre mondiale, ce qui accentue le déséquilibre hommes-femmes. En effet, ces

générations sont dites de « classes creuses » en raison de l'absence de naissances dues à la Première Guerre mondiale et de décès plus nombreux des hommes (deux guerres en moins de trente ans). De plus, ces conditions de vie particulières ont pu être défavorables à l'état de santé, y compris à long terme, provoquant un état fonctionnel plus dégradé que celui des générations suivantes. En effet, l'espérance de vie sans incapacité après 65 ans a tendance à augmenter (Deroyon, 2023). A partir des données des enquêtes EHIS 2019 et VQS 2021 dans laquelle les questions sont moins nombreuses et n'incluent pas les personnes en institution ni les moins de 15 ans pour EHIS, à questions et population identiques, la sur-représentation des femmes très âgées avec des limitations motrices est beaucoup moins marquée (figure 2). Cette part moins importante des femmes âgées en 2019 et en 2021 semble confirmer l'hypothèse d'un effet générationnel en 2008 et expliquerait le fait de retrouver moins de femmes âgées avec l'algorithme 2019.

F2

### Pyramide des âges de la population avec au moins une limitation fonctionnelle motrice dans l'Enquête santé européenne (EHIS) de 2019, Handicap santé (HS) de 2008 et Vie quotidienne et santé (VQS) 2021



**Champ :** Personnes de plus de 15 ans, vivant à domicile, déclarant avoir une difficulté sévère ou absolue pour marcher 500 mètres ou monter un escalier/lever les bras, utiliser ses mains.

**Sources :** Enquêtes HS (Ménage) 2008, EHIS 2019, VQS 2021.

[Télécharger les données](#)

**Plus de femmes concernées par les limitations motrices ou organiques, surtout aux grands âges**

Jusqu'à 25 ans, la proportion de personnes avec les limitations motrices ou orga-

## MÉTHODE (suite)

... tifier au moins une fois une limitation fonctionnelle avérée, l'individu sera considéré comme sans risque de handicap. Une information complémentaire est ajoutée aux codes Cim et aux actes chirurgicaux afin d'identifier des actes qui peuvent « réparer » une pathologie. Des tables de correspondances ont été créées mettant en parallèle les codes Cim et les codes d'actes de chirurgie pouvant être « réparés » et les codes d'actes de chirurgie qui permettent cette réparation. De la même manière, certaines indications permettent de considérer qu'une limitation « avérée » est définitive (comme l'achat d'un fauteuil roulant électrique, les séquelles motrices d'une sclérose en plaques-SEP, une amputation, etc.) ou non (par exemple, une gastrostomie, l'usage d'une sonde urinaire...). Dans le cas où la limitation « avérée » n'est pas reconnue comme définitive une année donnée, nous utilisons les années suivantes pour déterminer son caractère avéré ou non.

Un passage annuel (de 2012 à 2019) dans les données est fait pour identifier les personnes à risque de handicap à la suite duquel un chaînage des résultats annuels est exécuté afin d'indiquer la situation de la personne en 2019. Ainsi, tous les individus présents dans la cohorte passent dans l'algorithme : 19 % des individus n'ont aucune consommation en lien avec un risque de limitations fonctionnelles entre 2012 et 2019 (Espagnacq, à paraître).

niques est très faible et les écarts entre les hommes et les femmes sont ténus. Entre 25 et 60 ans, la part de femmes avec des limitation motrices ou organiques est plus importante (écart de 4 points maximum) que celles des hommes du même groupe d'âge, écart qui se réduit entre 65 et 75 ans pour s'amplifier au-delà de cet âge : écart de plus de 10 points (graphique). A ceci s'ajoute que, bien qu'à la naissance la part des hommes soit plus importante, la surmortalité masculine présente à chaque âge, fait que la part des femmes devient majoritaire dès 25 ans et que cet écart ne cesse de croître, passant de 48 % de femmes à la naissance à 60 % au-delà de 75 ans. Comme les limitations fonctionnelles apparaissent avec l'âge, particulièrement au grand âge où la proportion de femmes est la plus importante, leur représentation dans la population avec des limitations motrices ou organiques est accentuée : 57 % de l'ensemble de la population avec des limitations motrices ou organiques sont des femmes.

La plus grande proportion de femmes atteintes de limitations fonctionnelles, notamment motrices, est également connue dans la littérature (Ravaud, 2003 ; Cambois, 2003 ; Rey, 2023). Pour autant, cet écart est moins important avec l'indicateur Fish qu'à partir de données déclaratives : 57 % de femmes parmi les personnes atteintes de limitations motrices

### Les enquêtes sur le handicap

Les enquêtes de la Statistique publique sur l'autonomie sont réalisées à domicile et en établissement : Handicaps, incapacités, dépendance (HID 1998-99), Handicap santé (HS 2008-09), Capacités aides et ressources des seniors (Care 2015) et Autonomie (2022-2023) sont toutes fondées sur le même principe. Pour la partie domicile, une enquête filtre est réalisée, nommée Vie quotidienne et santé (VQS), courte (une quinzaine de questions) sur un grand nombre de ménages (plus de 200 000) pour identifier différentes catégories de personnes avec des limitations, utilisant des aides techniques ou des reconnaissances administratives de handicap. L'enquête VQS de 2021 (disponible en juin 2023), dont la base de sondage a été constituée à partir de la base Fidéli (Fichiers démographiques sur les logements et les individus), est représentative au niveau départemental alors que les enquêtes précédemment citées ne sont représentatives qu'au niveau national.

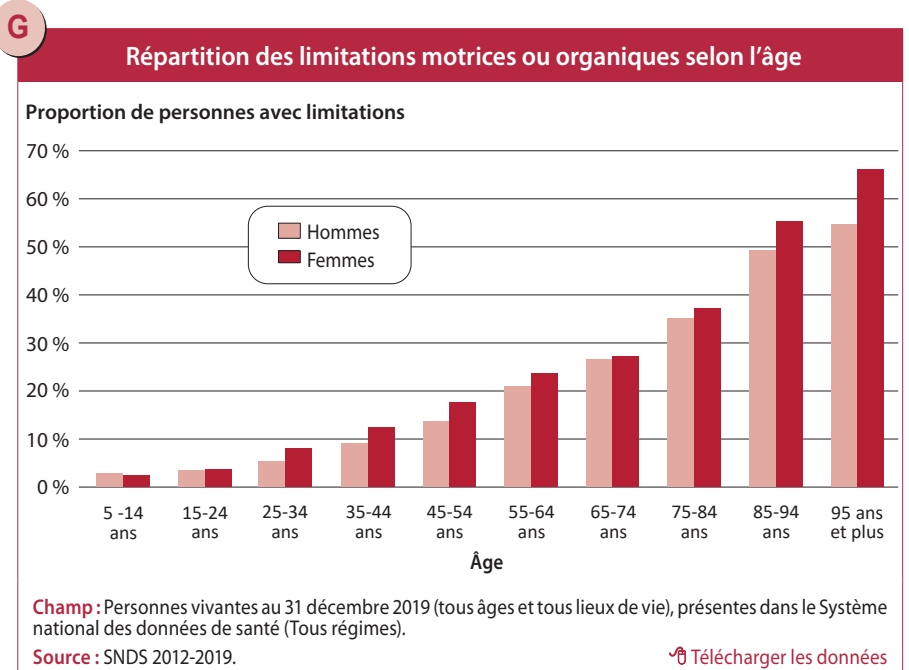
Depuis l'enquête HS, une série de questions sur les limitations fonctionnelles sont posées. Concernant les limitations motrices ou organiques, les questions sont : 1. Marcher sur 500 mètres ; 2. Monter/descendre un étage d'escalier ; 3. Lever les bras ; 4. Prendre un objet ; 5. Utiliser ses mains ou ses doigts ; 6. Pouvoir se baisser ou s'agenouiller ; 7. Porter un sac de 5 kilos sur 10 mètres ; 8. Contrôler ses selles et urines. En fonction du nombre de questions retenues (au moins une, deux

limitations sévères ou la sélection de certaines questions...), cette série de questions permet de créer des indicateurs plus ou moins restrictifs de limitations fonctionnelles motrices. Ces questions ont été utilisées pour comparer les résultats obtenus avec l'algorithme Fish et les déclarations des répondants à l'enquête HS de 2008 (tous âges et lieux de vie dans les deux sources). La comparaison entre l'algorithme Fish et les données de l'enquête HS présentée ici est réalisée avec l'indicateur de limitation motrice le plus large, reposant sur le fait d'avoir répondu avoir beaucoup de difficulté ou ne pas pouvoir du tout faire au moins une de ces huit activités. (Espagnacq, à paraître).

Lors des comparaisons avec les enquêtes plus récentes (VQS et EHIS), les effectifs de personnes apparaissant avec des limitations sont plus faibles dans les enquêtes (3 millions pour EHIS et 4,4 millions pour VQS) car leur champ est réduit : dans les deux enquêtes le périmètre est uniquement restreint aux personnes à domicile : âgées de plus de 15 ans pour EHIS et de plus de cinq ans pour VQS. De plus, le nombre de questions disponibles pour qualifier les personnes avec des limitations motrices est moins important. L'Enquête santé européenne (EHIS) comporte deux questions sur les limitations motrices (questions 1 et 2 ci-dessus) et l'enquête VQS 2021 en comporte 3 (pouvoir marcher ou monter un escalier et les 3 et 5 de HS).

selon les résultats de l'algorithme contre plus de 65 % à partir de l'enquête HS ou EHIS (Espagnacq, à paraître) et 62 % à partir de VQS. Cet écart peut s'expliquer de différentes façons. Recourir à du déclaratif peut accentuer les écarts de genre. A limitations équivalentes, les hommes déclarent moins de gêne car ils en ont un ressenti plus faible que les femmes ou parce qu'ils ne souhaitent pas l'évoquer (Cambois, 2003 ; Ravaud, 2003), d'où leur part moins importante dans les don-

nées déclaratives. Il est également possible que les hommes voient leurs déficiences observées mieux compensées que celles des femmes et, qu'au final, à déficiences équivalentes, ils aient effectivement moins de gêne résiduelle. Cette dernière explication a déjà été évoquée par E. Cambois et J.-F. Ravaud en 2003 constatant un usage plus fréquent et précoce d'aide technique, d'aménagement du logement et de rééducation chez les hommes.



### Davantage de limitations motrices ou organiques dans le Nord, l'Est et la Corse

Les données du SNDS donnent une puissance statistique suffisante pour étudier les risques de limitations motrices ou organiques par département et par groupe d'âge. La répartition par âge étant différente d'un département à l'autre, les taux de limitations motrices ou organiques ont été standardisés selon la répartition par âge nationale pour contrôler des effets de structure. Les résultats mettent en évidence des disparités infra-régionales importantes, ce qui justifie d'autant plus cette approche départementale permise par l'usage des données administratives. Le nord de la France (Nord, Pas-de-Calais, Somme), une partie de l'est (Ardennes, Meuse, Haute-Marne), la Corse et la partie basse du couloir rhodanien (Haute-Loire, Bouches-du-Rhône), ainsi que le Tarn et le Tarn-et-Garonne ont des populations plus nombreuses à avoir des limitations motrices ou organiques que les autres départements, avec des taux standardisés largement supérieurs à 16 % (carte 1). Inversement, Paris

et les départements de l'ouest de l'Île-de-France (Yveline, Hauts-de-Seine) ont les taux les plus bas, inférieurs à 11,5 %. Pour les départements d'outre-mer, la situation la plus favorable semble être celle de la Martinique et la moins favorable celle de la Guadeloupe.

### Des disparités territoriales en termes de limitations motrices ou organiques accrues avec l'avancée en âge

Les limitations motrices ou organiques sont très faibles avant 16 ans et les différences départementales sont peu marquées : plus de 90 départements ont un taux compris entre 1,6 et 2,6 %. Seule la Creuse a un taux supérieur (5,7 %) mais, dans ce département, l'implantation d'établissements pour personnes handicapées est importante (le taux d'équipement en places en établissement pour les moins de 20 ans est le double de la moyenne nationale). Ce niveau de limitations plus élevé pourrait être dû à la prise en charge dans ce type d'établissements d'enfants originaires d'autres départements. Cinq autres départe-

## REPÈRES

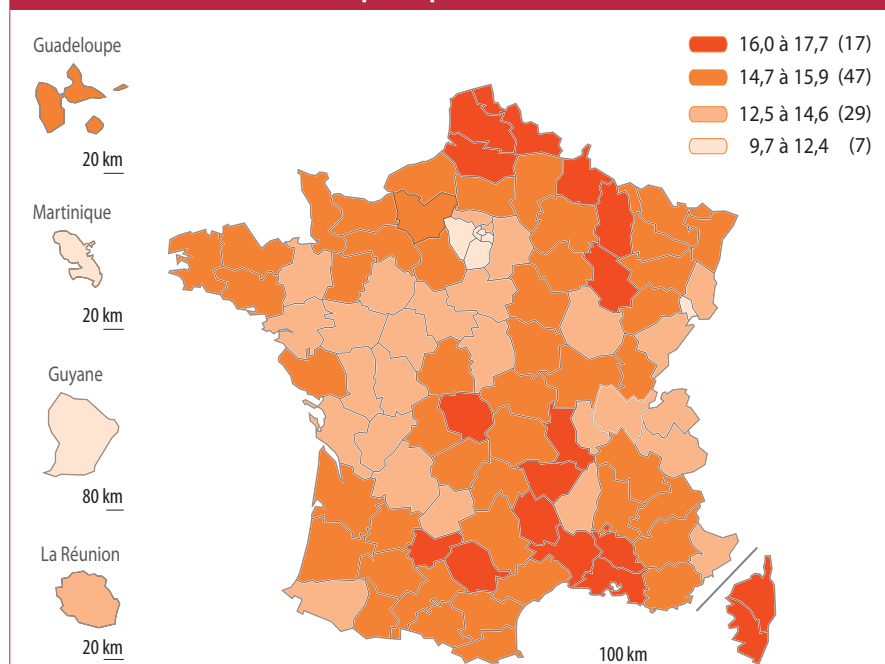
L'Irdes a développé depuis 2016 quatre algorithmes pour identifier, à partir des données du Système national des données de santé (SNDS), les personnes à risque de handicap : le premier sur les troubles moteurs et organiques, le deuxième sur les troubles psychiques, intellectuels et cognitifs, le troisième sur les troubles visuels et le quatrième sur les troubles auditifs. Le projet Faisabilité d'identification des personnes en situation de handicap (Fish) a pour objectif de tester la faisabilité de repérer les personnes à risque de handicap à partir de leur consommation de soins. Cette étape de faisabilité est achevée pour la partie motrice et organique. La mise à disposition de l'algorithme et un complément par des experts vont être réalisés dans le cadre du projet Réalisation d'identification des personnes en situation de handicap (Rish)<sup>a</sup> avec le soutien du Health Data Hub (HDH). Un premier travail sur le repérage des personnes en fauteuils roulants a été publié (Espagnacq, 2022) et un rapport détaillé présentant la méthode utilisée est disponible (Espagnacq, à paraître).

<sup>a</sup> <https://www.irides.fr/recherche/enquetes/rish-realisation-d-identification-des-personnes-en-situation-de-handicap/actualites.html>

tements ont des taux supérieurs à 3 % : le Jura, les Ardennes, le Lot, le Tarn et les Pyrénées-Atlantiques (carte 2). La proportion de personnes avec des limitations motrices ou organiques augmente pour les limitations à un âge prématuré (entre 16 et 54 ans). Ce taux varie entre 4,8 % et 13,4 % mais la très grande majorité des départements enregistre des taux proches, compris entre 9,5 % et 11,5 %. Paris et l'ouest de la région parisienne sont les départements avec les taux les plus faibles. Inversement, la Haute-Loire, les Ardennes, la Haute-Marne, le Tarn-et-Garonne et la Corse se distinguent avec les taux les plus élevés, supérieurs à 12,5 %. Les taux de limitations motrices ou organiques augmentent fortement après 55 ans dans tous les départements (compris entre 17,3 % et 29,5 % pour les 55-74 ans). Le nord de la France (Nord, Pas-de-Calais, Somme, Ardennes, Meuse) et la Corse concentrent les taux les plus élevés, supérieurs à 28 %. Paris et l'ouest de la région parisienne conservent des taux faibles. Ces situations sont similaires au-delà de 75 ans : pour les départements dans des situations les moins favorables, les taux sont supérieurs à 40 % pour les 75-84 ans dans le nord (Nord : 44,6 %, Somme : 41,2 %, Pas-de-Calais : 43,4 %), en Corse (41 %) et dans les Bouches-du-Rhône (41,8 %) alors qu'ils sont de 28,3 % à Paris et de 28,9 %

C1

### Taux standardisés de limitations motrices ou organiques par département



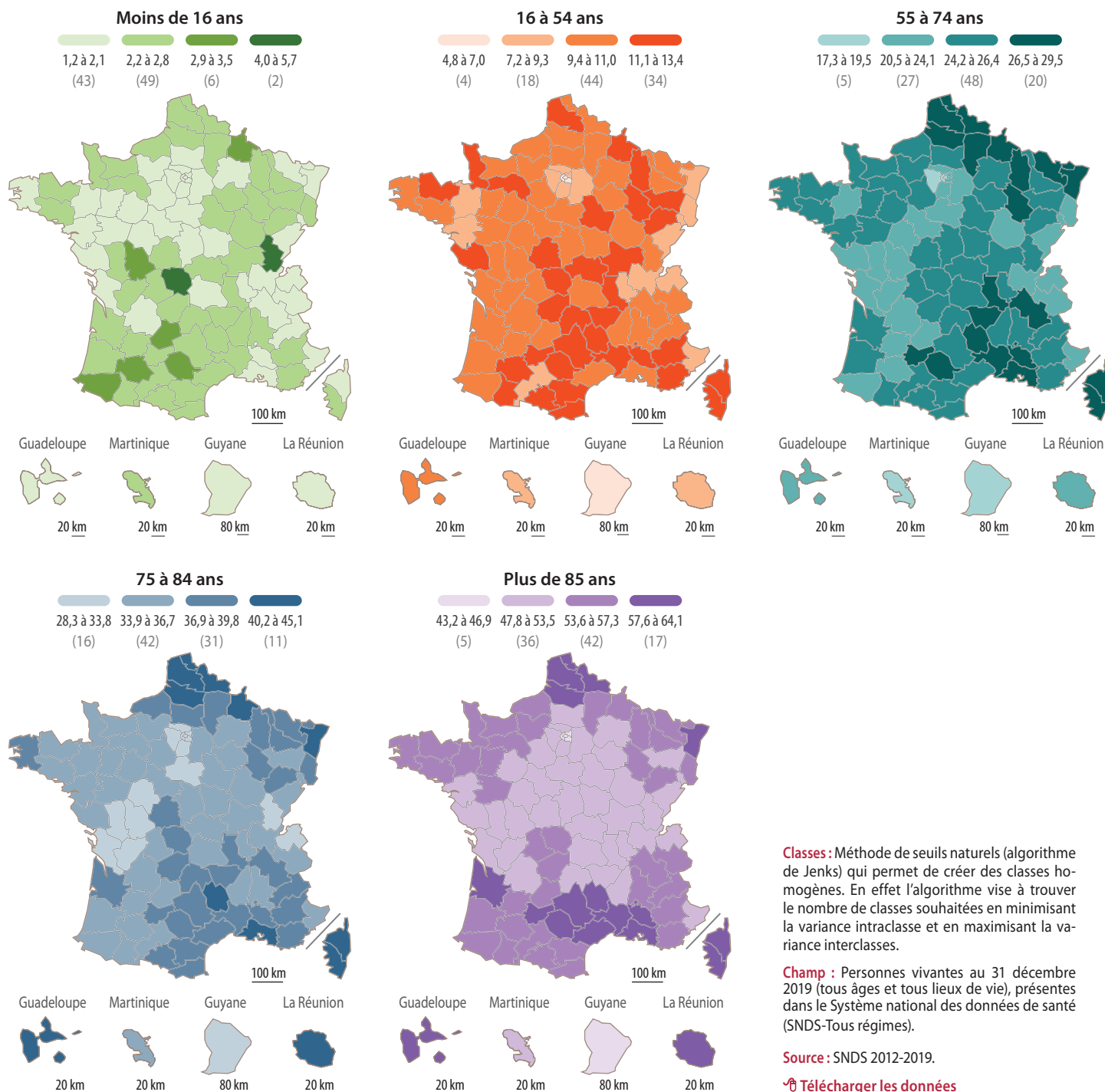
**Classes :** Méthode de seuils naturels (algorithme de Jenks) qui permet de créer des classes homogènes. En effet, cet algorithme vise à trouver le nombre de classes souhaitées en minimisant la variance intraclasse et en maximisant la variance interclasses.

**Champ :** Personnes vivantes au 31 décembre 2019 (tous âges et tous lieux de vie), présentes dans le Système national des données de santé (SNDS-Tous régimes).

**Source :** SNDS 2012-2019.

[Télécharger les données](#)

## Taux de limitations motrices ou organiques selon l'âge



dans les Hauts-de-Seine. Les travaux de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) à partir de l'enquête VQS 2014 sur les plus de 60 ans (Brunel, 2019) présentent une cartographie des personnes de plus de 75 ans vivant à domicile déclarant des limitations motrices (issue des 3 questions présentes dans VQS : encadré Méthode). Les situations les plus contrastées sont iden-

tiques : défavorables dans le nord et l'est de la France, et plus favorables à Paris, dans les Hauts-de-Seine, les Alpes-Maritimes et la Haute-Savoie. En revanche, sans être en opposition, les résultats sont moins similaires dans le centre de la France et sur le pourtour méditerranéen : à partir de l'algorithme Fish, la situation est moins favorable dans le sud de la France et plus clémente dans le centre.

Ces évolutions de la proportion de personnes avec des limitations motrices ou organiques relatives à l'âge distinguent certains départements avec des taux élevés des âges jeunes et jusqu'à 75 ans, en particulier la Haute-Loire et les Ardennes. Pour d'autres départements, les taux ne sont pas particulièrement importants aux âges jeunes mais augmentent très fortement à partir de 55 ans, comme dans les départe-

ments du nord (le Nord et le Pas-de-Calais) et la Corse du Sud. Cette augmentation des limitations motrices ou organiques concomitante à l'avancée en âge peut être la conséquence d'une dégradation de l'état physique prématurée en lien avec l'activité professionnelle (Cambois 2008, 2009) ou des comportements à risque sur la santé (tabagisme, alcool, obésité ...), des conditions de vie ou des difficultés d'accès aux soins préventifs qui dégradent plus vite l'état de santé et qui se cumulent dans certains départements (Bagein, 2022). Dans le sud de la France et dans le Bas-Rhin, les taux de limitations motrices élevés sont plus tardifs (au-delà de 75 ans) et particulièrement marqués dans les Bouches-du-Rhône. Inversement, les départements les plus riches (Paris, Hauts-de-Seine, Alpes-Maritimes, Haute-Savoie) restent, quel que soit l'âge, ceux avec les taux de limitations les plus faibles.

### Un repérage par l'algorithme conditionné à un accès effectif aux soins en cas de besoin

L'algorithme Fish classe l'ensemble des traçeurs disponibles dans le SNDS selon le risque de limitations motrices (« avéré », « potentiel », « aucun »), mais une part importante des éléments présents dans le SNDS n'indiquent pas de limitation motrice ou organique. Ainsi, 19 % des personnes n'ont aucune consommation de soins incluant un risque avéré ou potentiel de limitations motrices ou organiques (Espagnacq, à paraître). Des différences importantes existent selon l'âge : 37 % chez les moins de 16 ans, 15 % chez les 35-54 ans et 3 % chez les 85-95 ans. Ce résultat est assez logique, les plus jeunes ayant peu de risque d'avoir des pathologies de cette nature et donc une consommation en lien avec celles-ci. A cette situation « attendue » peuvent s'ajouter deux éléments. Ne pas consommer de soins impliquant des limitations fonctionnelles (potentielles ou avérées) peut être dû à un bon état de santé qui minore le risque d'avoir des limitations. Inversement, il peut aussi être le signe d'individus éloignés du système de santé qui, bien qu'ayant des problèmes, ne recourent pas aux soins dont ils auraient besoin et ne sont donc pas repérés par l'algorithme.

Les départements du nord et de l'est de la France ont des taux de limitations motrices ou organiques avérés importants (supé-

rieurs à 16 % en taux standardisé, contre 14 % en moyenne). Ces départements sont également ceux dont la part des personnes qui n'ont pas de consommation en lien avec un risque de limitations fonctionnelles est faible. Les Ardennes, la Haute-Marne, le Pas-de-Calais et la Somme ont des taux standardisés de personnes sans consommation de soins en lien avec un risque de limitations motrices ou organiques inférieurs à 19 % (contre 25 % en taux standardisé). Ce qui suggère que dans ces départements, lorsque les personnes ont des pathologies invalidantes, elles consultent effectivement et qu'en plus, elles sont plus nombreuses à avoir ces difficultés. En revanche, la situation est différente en Ile-de-France. Les départements franciliens ont des taux standardisés de personnes qui n'ont pas de consommation de soins en lien avec des limitations motrices ou organiques les plus forts (supérieurs à 28 % contre 25 %). Jusqu'à 65 ans, tous les départements d'Ile-de-France ont des populations moins à risque de consommations de soins en lien avec des limitations motrices ou organiques. Le taux de personnes sans consommation de cette nature est supérieur à la moyenne mais proche dans ces départements. Passé 65 ans, les taux de l'Essonne, des Yvelines, du Val-d'Oise, des Hauts-de-Seine et du Val-de-Marne sont proches de la moyenne nationale, alors que Paris et la Seine-Saint-Denis ont toujours les taux les plus élevés de personnes sans consommation en lien avec des limitations motrices ou organiques pour chaque groupe d'âge. Ces deux départements continuent à se distinguer avec une part de personnes sans consommation de cette nature plus importante (10 % contre 6 % pour les 65-74 ans, 8 % contre 3 % pour les 75-94 ans et de 23 % pour les plus de 95 ans, contre 9 % en moyenne nationale). Ce phénomène pourrait être le résultat de deux situations opposées. Paris et les départements de l'ouest de l'Ile-de-France ont une population riche et en meilleure santé donc moins soumise au risque d'avoir des limitations de cette nature. Ainsi, la part des personnes avec des limitations est plus faible. Ce phénomène est le même pour les Alpes-Maritimes et la Haute-Savoie qui ont des taux de limitations motrices ou organiques faibles avec, en plus, une proportion forte de personnes non concernées par les soins en lien avec ce type de pathologies. Inversement, les habitants de la Seine-Saint-Denis et, dans une moindre mesure, les autres départements de l'est et du nord de l'Ile-de-France ont des taux de personnes avec des limitations motrices

ou organiques au-dessus de la moyenne et une part plus importante de personnes qui ne consomment pas ce type de soins. Cela pourrait s'expliquer par des populations plus éloignées du système de santé qui consomment moins de soins en règle générale, y compris ceux relevant de difficultés motrices ou organiques, et sont donc moins bien repérées par l'algorithme. Ainsi la situation de la Seine-Saint-Denis, dont le taux standardisé de personnes ayant des limitations motrices ou organiques est plus élevé que la moyenne (12,5 %), serait potentiellement sous-estimée du fait d'une absence de repérage de populations qui ne consultent pas en cas de problème de santé.

### Des situations contrastées dans les départements ultramarins

En dehors de Mayotte qui n'est pas étudiée ici (les effectifs du SNDS pour ce département sont deux fois inférieurs à la population réelle), dans le domaine de l'autonomie, les données du SNDS sont l'une des rares sources qui permet d'étudier spécifiquement chaque département ultramarin. La situation de la Guyane est particulière, avec un taux de limitations motrices ou organiques faible (taux standardisé sur l'âge de 10,3 %). Mais une partie plus importante de la population de ce département est sans consommation de soins en lien avec des limitations motrices ou organiques. En effet, si le taux standardisé moyen est de 25 % de personnes qui n'ont aucune consommation de soins en lien avec un risque potentiel ou avéré, en Guyane, ils sont 41 %. Comme pour la Seine-Saint-Denis, cette situation pourrait ne pas refléter une meilleure situation fonctionnelle pour ces habitants mais serait plutôt le signe d'un accès aux soins restreint sans doute lié à une offre sanitaire moins importante. La Guadeloupe a le taux standardisé le plus élevé (15,1 %) et au-dessus de la moyenne métropolitaine, alors que les autres départements sont en dessous de ce taux moyen avec 13,6 % pour la Réunion et 12 % pour la Martinique (carte 1). Comme pour les autres départements français, des différences apparaissent avec l'âge (carte 2). Les différences sont peu marquées aux âges jeunes, puis augmentent avec l'avancée en âge et ceci dès 16 ans. La situation la moins favorable se situe en Guadeloupe dont l'écart avec la Martinique ne cesse de se creuser et qui a le taux de limitations fonctionnelles ou organiques le plus élevé des quatre départe-

ments. Inversement, la Martinique, qui a le taux le plus élevé avant 16 ans et le second le plus élevé entre 16 et 54 ans, a une situation qui se stabilise sur les autres tranches d'âges, et ainsi, a des taux plutôt faibles aux autres âges. La Réunion est dans une situation intermédiaire : elle a des taux de limitations fonctionnelles ou organiques bas jusqu'à 65 ans, qui augmentent par la suite pour se situer juste en dessous de ceux de la Guadeloupe, c'est-à-dire le groupe des départements dont les taux sont plus élevés que la moyenne. Cette situation contrastée entre les départements ultramarins nécessiterait certainement des investigations complémentaires pour en comprendre les ressorts, notamment pour comprendre les écarts avec les déclarations de limitations dans l'enquête VQS qui ne faisaient pas apparaître de différence notable entre la Guadeloupe et la Martinique.

\* \* \*

Ces travaux sont les premiers à proposer en France une comparaison départementale, tous âges et lieux de vie, du risque de handicap à la suite de limitations motrices ou organiques.

Les résultats mettent en lumière que l'usage de la consommation de soins pour identifier les personnes avec des limitations motrices ou organiques englobe une population légèrement plus large (14 % contre 12 %) mais surtout plus jeune et plus masculine que celle des estimations réalisées à partir d'enquêtes déclaratives. Ces résultats mettent aussi en évidence de fortes disparités infra-régionales, ce qui rend d'autant plus utile l'approche départementale permise par l'usage des données administratives. Les travaux de la Drees sur l'enquête VQS (Rey, 2023) indiquent une légère diminution du ressenti du handicap entre 60 et 70 ans expliquée par un phénomène contextuel : le passage à la retraite permettant aux individus d'avoir plus de temps pour réaliser leurs activités quotidiennes, ils déclarent moins de gênes ressenties. Le risque de handicap croît continuellement avec l'âge, puisque les éléments de ressenti et environnementaux ne sont pas pris en compte. L'absence de biais de déclaration permettrait de repérer une population moins bien identifiée dans les enquêtes déclaratives. Il est également pos-

sible que cette population mieux identifiée dans l'algorithme soit mal repérée dans les enquêtes où la difficulté rencontrée n'est pas captée par l'une des huit questions sur les limitations fonctionnelles (fatigabilité, difficultés cycliques...). À l'inverse, l'usage du SNDS pour construire l'indicateur de limitations motrices ou organiques ne permet pas, contrairement aux enquêtes, d'identifier les personnes éloignées du système de soins. Les données de l'enquête

Autonomie à venir, apparées aux données SNDS, permettront d'enrichir encore les comparaisons. ♦

*Nous tenons à remercier Marieke Podevin (Argo Santé) pour l'organisation et la mise en place des groupes d'experts lors du démarrage du projet ainsi que l'ensemble des médecins, professionnels de santé et membres des associations qui ont participé à ces groupes.*

## POUR EN SAVOIR PLUS

- Bagein G., Costemalle V., Deroyon T., Hazo J.B., Naouri D., Pesonel E., Vilain A. (2022). « L'état de santé de la population en France à l'aune des inégalités sociales ». *Les dossiers de la Drees*, n° 102.
- Bouvier G. (2011). « L'enquête Handicap-Santé, présentation générale ». Insee, Document de travail, F1109.
- Bouvier G. (2012). « Les faux négatifs du volet ménage de l'enquête Handicap-Santé 2008. Institutions ». Insee, 1, 550.
- Brunel M., Carrère A. (2019). « La perte d'autonomie des personnes âgées à domicile : quelles disparités entre les départements ? ». *Dossier de la Drees*, n° 34, avril.
- Cambois E., Désesquelles A., Ravaud J.F. (2003). « Femmes et hommes ne sont pas égaux face au handicap ». Ined, *Population et Société*, n° 386, janvier.
- Cambois E., Laborde C., Robine J.M. (2008). « La «double peine» des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte ». Ined, *Population et Sociétés*, n° 441, janvier.
- Cambois E., Barna, T. (2009). « Espérances de vie, espérances de vie en santé et âge de départ à la retraite : des inégalités selon la profession en France ». Cnav, *Retraite et société*, n° 59, p. 194-205.
- Dauphin L., Eidelman J.S. (2021). « Élargir les sources d'étude quantitative de la population handicapée : que vaut l'indicateur «GALI»? - Utilisation de la question GALI pour repérer les personnes handicapées et établir des statistiques sur leurs conditions de vie ». *Drees, Les dossiers de la Drees*, n° 74, février.
- Deroyon T. (2023). « L'espérance de vie sans incapacité à 65 ans est de 12,6 ans pour les femmes et 11,3 ans pour les hommes, en 2021 ». *Drees, Etudes et résultats*, n°1258, février.
- Dos Santos S., Makdessi Y. (2010). « Une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées. Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008 ». *Drees, Etudes et résultats*, n° 718, février.
- Espagnacq M. (2015). « Populations à risque de handicap et restrictions de participation sociale. Une analyse à partir de l'enquête Handicap-Santé auprès des ménages (HSM, 2008) ». *Drees, Les dossiers de la Drees*, n° 68, septembre.
- Espagnacq M., Daniel F., et Regaert C. (2022). « Repérer les usagers de fauteuils roulants en France et calculer leur reste à charge à partir des données du Système national des données de santé (SNDS) de 2012 à 2019 ». *Irdes, Question d'économie de la santé*, n° 272, octobre.
- Espagnacq M., Sermet C., Regaert C., en collaboration avec Daniel F. Potdevin M. (à paraître). « Faisabilité d'identification des personnes à risque de handicap (Fish) à partir des données du Système national des données de santé (SNDS). Méthodologie générale et résultats de l'algorithme sur les limitations motrices et organiques. » *Rapports de l'Irdes*.
- Etchegaray A., Bourgairel S., Mazurek H. (2018). « Géographie de la population en situation de handicap en France métropolitaine ». *Rapport du Creai*, 208 p.
- Mormiche P. (2003). « L'enquête Handicaps, incapacités, dépendance : apports et limites ». *La Documentation française-Drees, Revue française des affaires sociales*, p. 11-29.
- Ravaud J.F., Letourmy A., Ville I. (2002). « Les méthodes de délimitation de la population handicapée : l'approche de l'enquête de l'Insee Vie quotidienne et santé. » Ined, *Population*, Vol. 57, n° 3 p. 541-565.
- Ravaud J.F., Ville I. (2003). Les disparités de genre dans le repérage et la prise en charge des situations de handicap. *La Documentation française-Drees, Revue française des affaires sociales*, n° 57, p. 227-53.
- Rey M. (2023). « En France, une personne sur sept de 15 ans ou plus est handicapée, en 2021 ». *Drees, Etudes et Résultats*, n° 1254, février.
- Ville I., Ravaud J.F., Letourmy A. (2003). « Les désignations du handicap - Des incapacités déclarées à la reconnaissance administrative ». *La Documentation française-Drees, Revue française des affaires sociales*, n° 1-2, janvier-juin, p. 31-53.