



**ORS • CREA
NORMANDIE**

CENTRE RESSOURCES SANTÉ, VULNÉRABILITÉS
& POLITIQUE DE LA VILLE

L'état de santé des personnes en situation de handicap

Zoom sur les bénéficiaires de l'AAH

Etudes et diagnostics / Septembre 2023



Sommaire

INTRODUCTION

01 Comment est défini et repéré le handicap dans les sources statistiques ?

- P.04 Les sources statistiques sur le handicap
- P.07 Le repérage des personnes en situation de handicap dans le SNDS
- P.07 Identification des bénéficiaires de l'AAH dans le SNDS
- P.08 Recherche actuelle de l'Irdes visant à identifier dans le SNDS "les personnes à risque de handicap"

02 Que sait-on sur l'état de santé des personnes en situation de handicap

- P.10 Enseignements issus d'enquêtes nationales
- P.11 Enseignements issus de la littérature
- P.12 **Faits marquants : Etat des connaissances sur la santé des personnes en situation de handicap**
- P.14 Exploitation des bases de données du SNDS en région
- P.14 Périmètre et limites de la population étudiée
- P.14 Description de la population étudiée
- P.15 Principales pathologies repérées
- P.16 Zoom sur une sélection de pathologies ciblées
- P.21 Patients sous traitements
- P.22 **Faits marquants : Etat de santé des personnes en situation de handicap en Normandie (exploitation du SNDS)**

03 Qu'en est-il de l'accès à la prévention et aux soins concernant les personnes en situation de handicap ?

- P.23 Enseignements issus d'enquêtes nationales
- P.24 Exploitation des bases de données du SNDS en région
- P.24 Accès aux actions de dépistage du cancer du sein
- P.25 Accès aux actions de dépistage du cancer colorectal
- P.25 Accès aux actions de dépistage du cancer du col de l'utérus
- P.27 Recours aux professionnels de santé
- P.28 **Faits marquants : Accès à la prévention et aux soins concernant les personnes en situation de handicap**

ANNEXES



Introduction

Contexte national et régional

L'accès à la santé est un droit fondamental pour tous (mentionné dans le Code de la santé publique). La convention relative aux droits des personnes handicapées, élaborée sous l'égide de l'ONU en 2006 et ratifiée par la France, reconnaît « le droit de toute personne handicapée de jouir du meilleur état de santé possible, sans discrimination fondée sur le handicap ».

L'OMS estime que plus d'un milliard de personnes, soit environ 15 % de la population mondiale, présentent une forme ou une autre de handicap. Le nombre de personnes en situation de handicap est en hausse, résultant notamment du vieillissement des populations ainsi que de l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques pouvant être à l'origine d'une situation de handicap (notamment le diabète, les maladies cardiovasculaires ou les maladies mentales).

Sur les dernières décennies, les personnes handicapées connaissent plus encore que le reste de la population, une augmentation de leur espérance de vie, même si celle-ci demeure inférieure à celle de la population générale. Diverses études mettent en évidence une morbidité et une mortalité plus élevée chez ce public, du fait du handicap qui le prédispose à un risque plus élevé de pathologies, mais également du fait d'une prise en charge médicale parfois insuffisante ou inadéquate.

L'étude confiée par l'ARS à l'ORS-CREAI Normandie a pour objectif d'apporter des éléments de connaissance sur l'état de santé des adultes en situation de handicap dans la région, et ainsi d'éclairer les besoins futurs pour mieux y répondre.



01 Comment est défini et repéré le handicap dans les sources statistiques ?

Les sources statistiques sur le handicap

Rappel de la définition légale du handicap depuis la loi du 11 février 2005 : « Constitue un handicap toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

La définition porte donc à la fois sur :

- les causes (problèmes de santé, limitations des fonctions)
- les conséquences (restrictions de participation),
- qui est de plus, contextualisée dans un environnement donné.

Le mesure de la prévalence du handicap est difficile, selon les travaux menés elle s'est appuyée sur différents critères (comme la déclaration d'une déficience, d'une incapacité, d'une limitation, du besoin de recours à une aide humaine, d'un statut de handicap...), avec des résultats très variables et couvrant une très grande amplitude (entre 5 et 40 % de la population en situation de handicap).

→ Les approches le plus souvent mobilisées pour couvrir la notion de handicap dans les sources statistiques sont :

- La déclaration de limitations fonctionnelles,
- La reconnaissance administrative d'un handicap ou d'une perte d'autonomie,
- Le « GALI », indicateur synthétique utilisé en France et en Europe.

Déclaration de limitations fonctionnelles

Les limitations fonctionnelles peuvent ou non conduire à des restrictions dans les activités quotidiennes. Elles peuvent être compensées par l'utilisation d'aides techniques, d'aménagements du logement ou l'environnement dans lequel évolue la personne.

On distingue 3 types de limitations fonctionnelles : les limitations physiques, sensorielles et cognitives.

- Limitations physiques : par exemple, avoir des difficultés à « marcher 500 mètres sur un terrain plat », « monter et descendre un étage d'escalier », « se servir de ses mains et de ses doigts », « lever le bras », « se baisser, s'agenouiller »...
- Limitations sensorielles : avoir des difficultés à « entendre une conversation avec plusieurs personnes », à « voir clairement les caractères d'imprimerie d'un journal » ou « voir clairement le visage de quelqu'un à 4 mètres »...
- Limitations cognitives :
 - liées à la mémoire, la concentration ou l'organisation : « se souvenir de quel moment de la journée on est », « avoir des trous de mémoire », « se concentrer plus de 10 minutes », « résoudre les problèmes de la vie quotidienne »...
 - liées à aux difficultés relationnelles : avoir des difficultés à « se faire comprendre des autres et comprendre les autres », « nouer des relations avec les autres », « se mettre en danger », « être impulsif ou agressif »...

La déclaration de limitations fonctionnelles permet de repérer la population des personnes handicapées de la façon la plus large possible, sans la conditionner au fait de recevoir une aide publique. Mais elle ne peut être mise en œuvre que dans des questionnaires dans le cadre d'enquêtes en population générale, par nature coûteuses. Elle est par exemple utilisée dans l'enquête CARE (Capacités, Aides et REssources des seniors) réalisée par la DREES en 2014-2016.

Reconnaissance administrative d'un handicap ou d'une perte d'autonomie

Dans le cas de la reconnaissance administrative, on s'intéresse aux personnes qui bénéficient d'une prestation dans le champ du handicap ou de la perte d'autonomie. Il s'agit par exemple d'identifier :

- les bénéficiaires d'une pension d'invalidité, de l'allocation adulte handicapé (AAH) ou de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH,) de la prestation de compensation du handicap (PCH), ou encore de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH),
- les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA),
- les personnes accompagnées ou hébergées dans une structure médico-sociale.

Cette approche permet d'observer directement les bénéficiaires des politiques publiques du handicap ou de l'autonomie, dans le cadre de la gestion administrative des aides. Mais si elle permet de disposer d'une information régulière et disponible à un niveau géographique fin, elle ne permet pas d'avoir une vision complète de la situation des personnes handicapées. En effet, d'une part certaines personnes ne recourent à aucune aide et d'autre part, les sources d'informations sont multiples et relèvent d'acteurs différents (État, sécurité sociale, collectivités locales, associations...).

Par exemple, l'enquête PHEDRE de l'Irdes et de la DREES porte sur les bénéficiaires de la PCH, l'enquête de la DREES auprès des bénéficiaires de minima sociaux (2018) interroge les bénéficiaires de l'AAH.

➔ A noter :

Un des enjeux actuels est de construire des bases couvrant un champ plus large, en croisant des informations issues de nombreux producteurs de données de façon à bien couvrir l'ensemble des prestations ou des modalités d'accompagnement des personnes. C'est l'objet de deux vastes projets, engagés récemment par la DREES et qui devraient aboutir dans les prochaines années (collecte en 2021-2023) : les « Remontées Individuelles sur l'Autonomie » ou « RI-Autonomie » et la base de données inter-administrative des ESMS (BADIANE).

Par ailleurs, face à la multiplicité des bases de données liées au handicap et des organismes producteurs (Insee, DREES, DEPP, CNSA, CNAF, CNAM, caisses de retraites, AGEFIPH, FIPHFP...), un « groupe des producteurs » a été créé en 2020 afin d'améliorer la mise en cohérence et la communication autour du dispositif global d'observation statistique sur la thématique.

Pour en savoir plus :

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/ressources-et-methodes/les-donnees-statistiques-sur-le-handicap-et-lautonomie>



Indicateur GALI « Global Activity Limitation Indicator » ou indicateur de restriction globale d'activité

Cet indicateur définit les personnes handicapées comme « les personnes qui se déclarent fortement limitées, depuis au moins 6 mois et pour un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ».

Cet indicateur permet ainsi un repérage des situations de handicap dans une seule question qui inclut les 4 éléments constitutifs du handicap : sa dimension chronique (« depuis au moins 6 mois »), ses causes (« problème de santé »), et le fait qu'on cherche à mesurer les conséquences sur les activités (« limité dans les activités ») et dans un contexte social donné (« ce que font les gens habituellement »).

Il est utilisé dans un nombre croissant d'enquêtes, notamment l'enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie (SRCV) produite chaque année par l'Insee, l'enquête emploi en continu (ECC), l'enquête auprès des bénéficiaires de minima sociaux et ponctuellement, l'enquête santé européenne (EHIS-ESPS) de 2014 réalisée par l'Irdes en collaboration avec la DREES.

Selon un dossier de La DREES portant sur la pertinence de l'indicateur GALI pour repérer les personnes handicapées, la composition des populations ayant répondu « oui, fortement » à la question GALI est stable d'une enquête à l'autre : l'indicateur GALI semble donc être un indicateur robuste (particulièrement pour les personnes âgées de 16 à 64 ans). De plus, en plus d'être synthétique, il présente l'avantage d'être harmonisé au plan international.

Combinaison d'approches

Les différentes approches peuvent également être combinées, c'est la méthodologie retenue par la DREES dans le cadre de l'enquête Vie quotidienne et santé 2021. Elle définit les personnes en situation de handicap comme celles déclarant « une limitation fonctionnelle sévère pour une fonction physique, sensorielle ou cognitive » d'une part et déclarant « une forte restriction dans les activités que font les gens habituellement » d'autre part.

Selon cette enquête la plus récente, une personne sur sept âgée de 15 ans et plus vivant à domicile, est en situation de handicap en 2021 (soit 7,7 millions de personnes). Plus précisément, 8,1 % ont une limitation physique sévère / 5,1 % une limitation sensorielle sévère / 3,6 % une limitation cognitive sévère et encore 6,2 % déclarent une forte restriction globale dans les activités que font les gens habituellement.

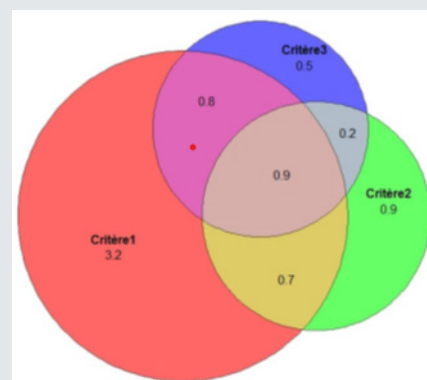
→ Imbrication des sous-populations selon l'indicateur utilisé :

Les données de l'enquête Handicap-Santé Ménages (HSM) de 2008 montrent que ces différents indicateurs renvoient à des populations qui ne sont ni juxtaposées, ni emboîtées les unes dans les autres (Dauphin et Eideliman, 2020).

Par exemple, 0,5 million de personnes âgées entre 16 et 64 ans se déclarent fortement limitées dans leurs activités, mais ne déclarent aucune reconnaissance administrative de handicap, d'invalidité ou de perte d'autonomie et aucune limitation fonctionnelle sévère.

A noter que l'emboîtement des critères est globalement un peu meilleur pour les personnes âgées de 65 ans et plus que pour les jeunes.

Personnes entre 16 et 64 ans identifiées comme pouvant être handicapées en fonction des indicateurs utilisés (en millions)



Note :

- Critère 1 = Limitation fonctionnelle sévère
- Critère 2 = Reconnaissance officielle d'un handicap, d'une invalidité ou d'une perte d'autonomie
- Critère 3 = Forte restriction dans les activités que les gens font habituellement (GALI).

Lecture :

0,9 million de personnes de 16 à 64 ans déclarent à la fois une limitation forte au GALI, une reconnaissance administrative de handicap et une limitation fonctionnelle sévère.

Champ : Personnes de 16 à 64 ans résidant en France métropolitaine en ménage ordinaire

Source : Enquête Handicap-Santé Ménages 2008

Le repérage des personnes en situation de handicap dans le SNDS

Identification des bénéficiaires de l'AAH dans le SNDS

Si la loi de janvier 2016 a inscrit les données sur la reconnaissance du handicap dans le champ du SNDS, elles ne sont pas encore aujourd'hui disponibles et chaînées en routine avec les données de consommation de soins. Aussi, le repérage du handicap à partir des bases médico-administratives disponibles est rendu difficile.

Dans le SNDS, il est toutefois possible d'identifier des personnes dont la situation de handicap fait l'objet d'une reconnaissance administrative, à travers le repérage des bénéficiaires d'une allocation aux adultes handicapés (AAH).

Rappelons que l'AAH est attribuée selon des critères d'incapacité, d'âge, de résidence et de ressources (cf. encadré). Aussi, ne sont repérables dans le SNDS que les personnes qui n'ont pas d'activité en milieu ordinaire (celles ayant une activité en milieu protégé en ESAT le sont).

Si cette identification présente des limites, elle permettra néanmoins d'analyser les prévalences des pathologies pour cette population cible.

Conditions d'attribution de l'AAH :

- Taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 % ou compris entre 50 % et 79 % avec une restriction substantielle et durable d'accès à un emploi.
- L'AAH concerne essentiellement les personnes en âge de travailler : elle ne peut être perçue à l'âge de la retraite que sous certaines conditions
- L'AAH est également attribuée sur des critères de ressources.

Le **Système national des données de santé (SNDS)** rassemble et met à disposition des informations de santé pseudonymisées collectées par des organismes publics. Une des avancées considérables du SNDS est qu'il offre la possibilité de chaîner ces différentes informations pour un même bénéficiaire. Parmi les grandes bases médico-administratives disponibles figurent notamment les données des hôpitaux et autres établissements de santé (via le Programme de médicalisation des systèmes d'Information - PMSI), les informations issues des remboursements effectués par l'ensemble des régimes d'assurance maladie pour les soins du secteur libéral (SNIIRAM), ainsi que les causes médicales de décès (via le centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDC).

La **cartographie des pathologies**, outil d'analyse des pathologies et des dépenses associées, est un algorithme de repérage développé par l'Assurance Maladie. Elle s'appuie sur les données issues du SNDS et repose sur une combinaison des affections de longue durée, des patients sous traitements médicamenteux et des hospitalisations.

A l'échelle de la France entière, la cartographie des pathologies et des dépenses concerne en 2020, 66,3 millions de bénéficiaires de l'ensemble des régimes d'assurance maladie ayant eu recours à des soins remboursés (données mises à jour en juin 2022), soit plus de 98 % de la population.

► Ces analyses permettent ainsi d'identifier les individus ayant recours à des soins du fait d'une pathologie (parmi plus de 50 pathologies étudiées).

Recherche actuelle de l'Irdes visant à identifier dans le SNDS « les personnes à risque de handicap »

L'Irdes a développé depuis 2016 quatre algorithmes visant à identifier sur la base des données du SNDS, les personnes à risque de handicap à partir de leur consommation de soins :

- un algorithme identifiant les personnes avec des troubles moteurs et organiques,
- un sur les troubles psychique, intellectuel et cognitif,
- un sur les troubles visuels,
- et un sur les troubles auditifs.

Un travail d'expertise est maintenant nécessaire pour valider les choix faits sur la consommation de soins, avant de pouvoir mettre à disposition un indicateur synthétique : c'est l'objet du projet Rish (Réalisation d'identification des personnes en situation de handicap).

A terme, les algorithmes proposés permettront donc d'identifier les personnes à risque de handicap, mais pourront également être réutilisés par exemple pour sélectionner des pathologies spécifiques ou repérer des aides techniques.

Enseignements issus de la recherche de l'Irdes

L'indicateur créé par l'Irdes identifiant les personnes à risque de handicap à partir de leur consommation de soins (données du SNDS), a permis d'estimer à près de 10 millions le nombre de personnes ayant des limitations motrices ou organiques en 2019, soit 14 % de l'ensemble de la population française (tous âges et tous lieux de vie).

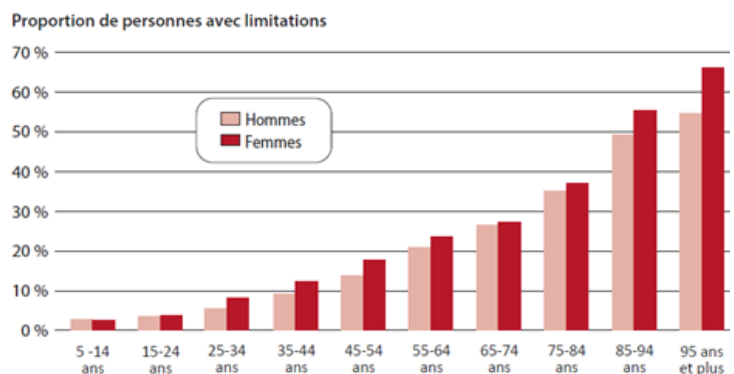
L'âge moyen de cette population est de 60,2 ans, le fait d'avoir une limitation augmentant avec l'âge (2 % chez les moins de 16 ans, contre 36 % chez les 75-84 ans).

Entre 25 et 60 ans, la part des femmes avec des limitations motrices ou organiques est plus importante (écart de 4 points maximum), que celle des hommes du même groupe d'âge, écart qui se réduit entre 65 et 75 ans, pour s'amplifier au-delà de cet âge (avec un écart de 10 points).

Une 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.

A noter : Le taux de limitation identifié par le SNDS permet de mieux identifier les populations plus jeunes et plus masculines que les enquêtes déclaratives. Par contre, il ne permet pas d'identifier les personnes éloignées du système de soins.

Répartition des limitations motrices ou organiques au 31/12/2019 selon l'âge



Source : SNDS

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)

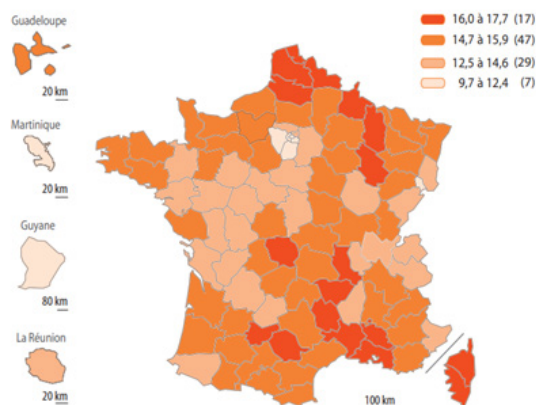
Exploitation : Irdes

L'analyse a permis de décliner les risques de limitations motrices ou organiques par département et par groupes d'âge : elle permet de présenter les cartographies suivantes.

Tous âges confondus, les 5 départements normands présentent un taux standardisé de limitations motrices ou organiques légèrement supérieurs à la moyenne nationale, variant entre 14,8 % et 15,4 % selon le département.

La lecture du détail par groupe d'âges sur les départements normands met en évidence un taux de recours supérieur à celui du reste de la région chez les personnes âgées de 16 à 64 ans dans les départements de la Manche et de l'Orne, et chez les 75-84 ans en Seine-Maritime.

Taux standardisés de limitations motrices ou organiques par département au 31/12/2019



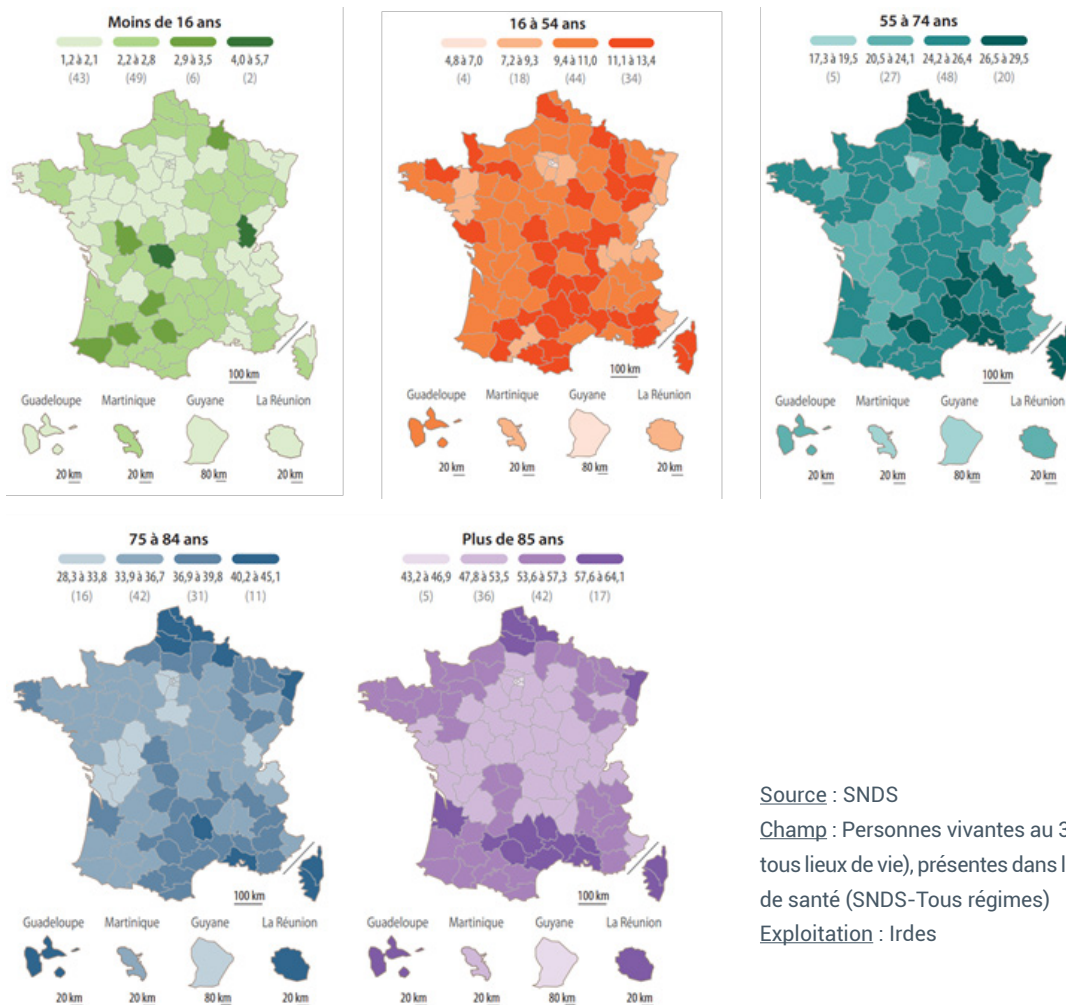
Calvados	14,8 %
Eure	15,4 %
Manche	15,4 %
Orne	15,4 %
Seine-Maritime	15,3 %

Source : SNDS

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)

Exploitation : Irdes

Taux standardisés de limitations motrices ou organiques par département au 31/12/2019, selon l'âge



Source : SNDS

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)

Exploitation : Irdes

02 Que sait-on de l'état de santé des personnes en situation de handicap ?

Enseignements issus de résultats d'enquêtes nationales ⁵

- ➔ En 2018, 4,9 millions de personnes âgées de 16 ans ou plus résidant en France métropolitaine dans un ménage ordinaire « se déclarent fortement limitées, en raison d'un problème de santé et depuis plus de six mois, dans les activités que les gens font habituellement », soit 9 % de la population âgée de 16 ans et plus considérée comme en situation de handicap (selon l'enquête SRCV au sens de l'indicateur GALI). Cette proportion augmente fortement avec l'âge, et atteint 20 % parmi les 65 ans et plus.
- ➔ Concernant les personnes handicapées (au sens de l'indicateur GALI) âgées de moins de 65 ans :
 - Elles ont un niveau de vie inférieur à ceux de l'ensemble de la population. Les revenus de leur ménage comprennent plus souvent des prestations liées à la maladie ou l'invalidité :
 - 40 % des personnes handicapées vivent dans un ménage ayant perçu des prestations liées à la maladie ou l'invalidité (contre 9 % dans l'ensemble de la population),
 - 28 % déclarent percevoir des pensions de retraites (contre 16 %),
 - elles perçoivent aussi plus souvent des allocations logement ou chômage,
 - 17 % vivent dans un ménage qui déclare avoir perçu l'AAH.
 - Elles sont près de deux fois plus nombreuses à vivre dans un ménage pauvre en conditions de vie, le plus souvent confronté à des insuffisances de ressources et des restrictions de consommation.
 - En matière de santé, elles présentent des indicateurs dégradés par rapport à l'ensemble de la population :
 - une personne sur deux qualifie son état de santé « mauvais » ou « très mauvais », soit une proportion 10 fois plus élevée que l'ensemble de la population,
 - 91 % déclarent avoir au moins une maladie chronique (contre 30 %),
 - 52 % déclarent avoir affection de longue durée (contre 19 %).
 - Elles pratiquent moins souvent une activité sportive (moins de trajets à pied et moins de pratique sportive) que l'ensemble de la population.
 - Elles pratiquent moins souvent une activité culturelle (spectacle vivant, musée, exposition, cinéma, événement sportif...) et participent également un peu moins souvent à la vie associative ou citoyenne.
 - Elles sont plus souvent isolées de leur famille et de leurs amis que l'ensemble de la population et expriment davantage un sentiment de solitude (qu'elles soient isolées de leur famille et de leurs amis ou non).
- ➔ Concernant les personnes handicapées (au sens de l'indicateur GALI) âgées de plus de 65 ans :
 - Elles présentent des caractéristiques socio-démographiques et des conditions de vie globalement similaires aux personnes handicapées plus jeunes, mais l'écart avec la population générale du même âge est moindre (que chez les moins de 65 ans).
 - Pour une grande partie d'entre elles, le handicap correspond à une perte d'autonomie liée au grand âge.
- ➔ Quel que soit leur âge, les personnes en situation de handicap se déclarent globalement « moins satisfaites de leur vie, dans tous les domaines et plus particulièrement dans celui des loisirs. Elles rapportent davantage d'émotions négatives que l'ensemble de la population : 26 % se disent pessimistes ou découragées, 19 % se sentent déprimées (contre respectivement 11 % et 7 % dans l'ensemble de la population).
- ➔ Selon l'enquête de la DREES auprès des bénéficiaires de minima sociaux (BMS) en 2018, les bénéficiaires de l'AAH sont ceux qui présentent le plus mauvais état de santé :
 - 46 % déclarent être en mauvais ou très mauvais état de santé,
 - 88 % déclarent avoir au moins une maladie ou un problème de santé chronique,
 - 55 % déclarent être fortement limités à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement (et 25 % déclarent être limités mais pas fortement),
 - Plus d'un tiers (36 %) présente un risque de dépression et seulement un quart se déclare épanoui.

Enseignements issus de la revue de littérature ⁶

Il existe peu de données de prévalence (pourcentage de cas de maladie dans une population donnée, à un instant donné) concernant les personnes en situation de handicap : la littérature fournit plutôt des éléments de comparaison par rapport à la population générale.

Selon le rapport mondial sur le handicap de 2011, plus d'un milliard de personnes vivent avec un handicap, soit 15,6 % de la population mondiale âgée de 15 ans et plus. Aussi, 2,2 % de la population aurait de très grandes difficultés fonctionnelles et 3,8 % un « handicap sévère ».

Le nombre de personnes en situation de handicap augmente, en lien avec ces deux facteurs :

- les populations vieillissent (risque plus élevé de handicap en vieillissant)
- les problèmes de santé chronique augmentent (pouvant être à l'origine de situations de handicap, ex diabète, maladies cardiovasculaires, maladies mentales...)

Selon le rapport, les personnes handicapées sont en moins bonne santé que l'ensemble de la population.

Handicap moteur

Une étude de l'INPES en 2019 pointe certains problèmes de santé associés à des handicaps moteurs particuliers, mais aussi une plus grande propension à une fatigue sévère, à des douleurs, aux effets du vieillissement, mais aussi davantage de stress et de risque de dépression.

Parallèlement, le manque d'exercice physique à cause des limitations de mobilité, les douleurs, les maladies, l'alimentation inadaptée, les abus et les violences subies, les barrières environnementales d'accès aux soins, l'inactivité professionnelle, les faibles revenus et la pauvreté sont autant de facteurs limitant une bonne santé.

Aussi, des obstacles sont identifiés pour se rendre dans les établissements de soins de santé : inaccessibilité des bâtiments, matériel médical inadapté, mauvaise signalisation, étroitesse de l'encadrement des portes, présence de marches à l'intérieur des bâtiments, installations sanitaires inadéquates, accès difficile des parkings... sont autant de freins à l'accès aux soins mais aussi aux actions de prévention (ex : dépistages).

Handicap sensoriel

Une vision et une audition de qualité sont le gage d'une bonne intégration sociale et environnementale.

Selon le baromètre santé Sourds et malentendants (BSSM 2011-2012) les personnes atteintes de surdité ou de troubles de l'audition font part d'une santé mentale dégradée et de pensées suicidaires plus fréquentes (avec pour facteurs associés une fatigue liée à la communication et la présence de troubles liés à l'audition très gênants, et accentué par la présence de violences psychologiques et physiques subies).

Différentes études (CNSA-INPES / enquête HID 2011...) mettent en évidence un lien entre déficience visuelle et diabète. Cette pathologie peut conduire à des malvoyances, mais se pose aussi la question de la difficulté à gérer le diabète du fait de problèmes visuels (accessibilité aux soins et à l'éducation sur la pathologie). La pratique d'activités physiques est aussi potentiellement problématique (connaissance d'une offre sportive adaptée, manque de motivation, manque d'autonomie pour sortir du domicile sans aide, chiens pas toujours acceptés...). Consommations à risque d'alcool ou de tabac sont aussi plus fréquentes que dans la population totale, de même que les insomnies et autres troubles du sommeil.

⁵ Sources mobilisées : Comment vivent les personnes handicapées - Les conditions de vie des personnes déclarant de fortes restrictions d'activité, Les dossiers de la DREES, n°75 – 2021 / Bénéficiaires de minima sociaux : un état de santé général et psychologique dégradé, Etudes et résultats n°1194 – Juin 2021 / Minima sociaux : des conditions de vie plus dégradées pour les bénéficiaires handicapés, Etudes et résultats n°1203 – Septembre 2021)

⁶ Source mobilisée : Prévalence des maladies dans le champ du handicap, pour une meilleure promotion de la santé des personnes en situation de handicap, Revue de littérature, Emilie Bec - CREAI-ORS Occitanie, Décembre 2017



Handicap mental ou intellectuel

Selon une expertise collective de l'Inserm, les besoins de soins médicaux des personnes avec déficience intellectuelle sont nettement supérieurs à ceux de la population générale.

D'une part, les problèmes de santé dentaire et les troubles sensoriels (vision et audition) sont plus fréquents et moins bien dépistés que dans l'ensemble de la population (dépistage systématique et suivi régulier sont nécessaires). Les maladies coronariennes représentent la 2^{ème} cause de mortalité chez les personnes avec déficience intellectuelle, qui cumulent différents facteurs de risque tels que hypertension, diabète, obésité, erreurs diététiques et manque d'exercice physique. D'autres pathologies comme l'épilepsie, les troubles du sommeil, les troubles psychiatriques et certains cancers sont également plus fréquemment observés chez ce public et contribuent à une demande de soins médicaux supplémentaires.

L'avancée en âge des personnes avec déficience intellectuelle nécessite, comme en population générale, un besoin de soins de plus en plus important, mais avec des conséquences plus sévères du fait des déficiences préexistantes (les pathologies neurologiques comme la démence par exemple, sont plus fréquentes et plus précoces).

Plusieurs études ont montré un sous-diagnostic de tous ces problèmes médicaux, en lien avec des raisons multiples : manque d'attention aux besoins de ces personnes, incompréhension des campagnes d'éducation à la santé, manque de soutien pour encourager des choix médicalement sains, services de soins peu accessibles. Les pathologies sont souvent intriquées, les causes de douleur multiples, et la difficulté d'accès aux services de soins primaires provoque un excès d'hospitalisation en urgence et une durée d'hospitalisation plus longue (d'autant plus dommageable que ces personnes sont plus vulnérables dans ces situations et parfois victimes de discriminations).

Handicap psychique

Il est établi que les patients souffrant de pathologies mentales sévères, comme la schizophrénie et les troubles bipolaires, ont un risque accru de comorbidité et de mortalité par rapport à la population générale (leur espérance de vie serait réduite de 25 %).

Le tabac est le facteur de mortalité prématurée le plus important chez les patients souffrant de schizophrénie. La mortalité par cancer est de 1,5 à 2 fois plus élevée chez ces patients qu'en population générale : sont incriminés les comorbidités et les facteurs de risque de cancer cumulés (obésité, tabagisme, alcoolisme, sédentarité), ainsi que les difficultés d'accès aux soins somatiques.

En psychiatrie, surcharge pondérale et obésité sont particulièrement fréquentes, une mauvaise santé bucco-dentaire est également soulignée.

FAITS MARQUANTS

Etat des connaissances sur la santé des personnes en situation de handicap

D'après une recherche récente reposant sur la consommation de soins (référence aux données du SNDS), l'IRDES estime à 10 millions le nombre de personnes ayant des limitations motrices ou organiques en France entière, soit 14 % de la population tous âges et tous lieux de vie confondus.

D'après des enquêtes nationales (de la DREES) menées auprès de personnes âgées de 16 ans ou plus vivant en logement ordinaire et se déclarant « fortement limitées, en raison d'un problème de santé et depuis plus de six mois, dans les activités que les gens font habituellement » (définition de l'indicateur GALI), les personnes en situation de handicap représentent 9 % de la population de France métropolitaine (4,9 millions de personnes).

Celles-ci présentent des caractéristiques socio-démographiques moins favorables que le tout public :

- Un niveau de vie inférieur et des revenus comprenant plus souvent des prestations liées à la maladie ou l'invalidité,
- Un état de santé dégradé, avec davantage de maladies chroniques, de reconnaissance d'ALD et un état de santé qualifié de « mauvais ou très mauvais » par une personne sur deux,
- Une moindre participation à des activités sportives ou culturelles, à la vie associative ou citoyenne.

Chez les moins de 65 ans, les écarts observés entre personnes en situation de handicap et tout public sont plus marqués. Ils sont plus faibles après 65 ans, le handicap résultant alors souvent d'une perte d'autonomie liée au grand âge.

Les personnes en situation de handicap sont en moins bonne santé que l'ensemble de la population. Diverses études ont pu mettre en évidence des problèmes de santé associés à certaines situations de handicap, par exemple :

- Fatigue sévère, douleurs, davantage de stress et de risque de dépression associés aux situations de handicap moteur,
- Diabète plus fréquent parmi les déficients visuels (la pathologie peut conduire à des malvoyances, mais les problèmes visuels peuvent rendre aussi plus difficile la gestion de cette pathologie)
- Des besoins de soins médicaux plus importants chez les personnes présentant une déficience intellectuelle, qui cumulent différents facteurs de risque (parmi lesquels hypertension, diabète, obésité, épilepsie, erreurs diététiques, manque d'exercice physique...) et sont souvent sous-diagnostiquées (pathologies intriquées, causes de douleurs multiples, difficulté d'accès aux services de soins...)
- Les patients souffrant de pathologies mentales sévères ont un risque accru de comorbidité et de mortalité par rapport à la population générale (espérance de vie réduite de 25 %)

A cela s'ajoutent des difficultés ou facteurs de risque possibles, en lien avec :

- l'accessibilité des établissements de santé (inaccessibilité des bâtiments, matériel médical inadapté, mauvaise signalisation, installations sanitaires inadéquates...),
- des difficultés à recevoir les messages de prévention,
- des consommations à risque (alcool, tabac),
- un manque d'activité physique, une alimentation inadaptée,
- une situation sociale dégradée et un mal-être qui affectent la santé mentale,
- l'avancée en âge, qui renforce les risques et le besoin de soins, avec des conséquences plus sévères du fait des déficiences pré-existantes.

Enseignements issus de l'exploitation des bases de données du SNDS en région

Périmètre et limites de la population étudiée

Avant de présenter les résultats observés en terme de pathologies chez les personnes en situation de handicap, il convient de rappeler le champ de la population étudiée, ainsi que ses limites.

→ Les données issues du SNDS et utilisées dans le cadre de la cartographie des pathologies (cf. encart page 5) permettent d'identifier le public en situation de handicap exclusivement à travers la reconnaissance administrative de l'AAH ▶ **1^{er} filtre**

→ L'AAH ciblant un public âgé de 20 à moins de 65 ans, l'ensemble des analyses portera sur cette sous-population, soit 1 821 438 normands (source Insee, RP 2019) et 71 689 bénéficiaires de l'AAH (source Insee, Msa, Cnaf en déc 2021).
Or, si le repérage de ces publics dans le SNDS atteint 97 % du tout public, il ne couvre que 56 % du public bénéficiaire de l'AAH (soit un peu plus de la moitié de la cible) ▶ **2^{ème} filtre**

Public âgé de 20 à 64 ans en Normandie

	Tout public	Bénéf. AAH
Ensemble de la population	1 821 438	71 689
Pop. identifiée dans le SNDS	1 761 573	39 827
Part identifiée SNDS	97 %	56 %

Sources : Insee, RP 2019 et SNDS

Descriptif du public et comparatif national

	Normandie				France métropolitaine			
	Tout public		Bénéficiaires AAH		Tout public		Bénéficiaires AAH	
SEXE								
Hommes	848 827	48 %	20 283	51 %	17 160 587	48 %	345 847	52 %
Femmes	912 746	52 %	19 644	49 %	18 472 970	52 %	317 076	48 %
AGE :								
20-29 ans	355 433	20 %	5 024	13 %	7 353 163	21 %	85 128	13 %
30-39 ans	380 125	22 %	6 931	17 %	7 949 945	22 %	116 856	18 %
40-49 ans	392 825	22 %	9 562	24 %	8 098 662	23 %	159 042	24 %
50-59 ans	423 116	24 %	13 661	34 %	8 328 675	23 %	222 491	34 %
60-64 ans	210 074	12 %	4 749	12 %	3 903 112	11 %	79 406	12 %
TOTAL	1 761 573	100 %	39 927	100 %	35 633 557	100 %	662 923	100 %

Sources : Insee, Cartographie des pathologies, SNDS, 2020 - Exploitation ORS-CREAI Normandie

→ A noter également que les bénéficiaires de l'AAH qui exercent une activité professionnelle ne sont pas repérées dans le SNDS : elles sont donc exclues de l'analyse ▶ **3^{ème} filtre**

Dans les analyses qui suivent, il apparaît important de garder à l'esprit ces limites, liées à la nature même des sources d'information concernant le public en situation de handicap.

Description de la population étudiée

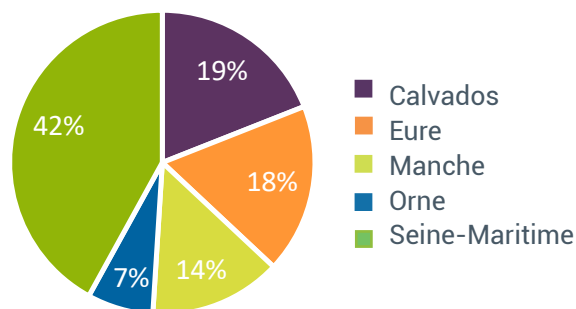
La population étudiée, identifiée dans la cartographie des pathologies, est donc composée de plus de 1 760 000 normands âgés de 20 à 64 ans, parmi lesquels près de 40 000 bénéficiaires de l'AAH.

- Les personnes repérées en situation de handicap constituent une population légèrement plus masculine (avec 51 % d'hommes et 49 % de femmes, contre 48 % d'hommes et 52 % de femmes dans le tout public). Cette répartition est semblable à ce qui est observé au plan national.
- En termes d'âges, trois quarts des bénéficiaires de l'AAH sont âgés de 30 à 59 ans et ils sont plus présents que le tout public sur la tranche 50-59 ans (soit 34 % contre 24 % pour le tout public), mais cela correspond également au même constat posé au plan national.

→ La structure de la population étudiée en région ne présente pas de spécificité en termes de sexe et d'âge, par rapport au plan national.

La population d'étude bénéficiaire de l'AAH est composée de 42 % de personnes résidant en Seine-Maritime, 19 % relevant du Calvados, 18 % de l'Eure, 14 % de la Manche et 7 % de l'Orne (répartition proche de celle du « tout public »).

Répartition de la population d'étude (bénéficiaires de l'AAH) par département



**Public âgé de 20 à 64 ans en Normandie -
Détail des effectifs par arrondissement**

	Tout public	Bénéf. AAH
Rouen	345 271	9 509
Le Havre	207 998	4 891
Caen	211 904	4 572
Dieppe	120 875	2 458
Les Andelys	126 413	2 192
Bernay	116 779	2 164
Cherbourg	99 682	2 103
Evreux	75 978	2 626
Avranches	65 652	1 270
Lisieux	82 347	1 123
Saint-Lô	54 311	1 756
Argentan	53 019	740
Alençon	42 958	1 483
Coutances	34 581	598
Mortagne-au-Perche	40 348	588
Bayeux	39 067	1 260
Vire	36 217	512

L'analyse réalisée à l'échelle des arrondissements se basera sur les effectifs mentionnés de personnes identifiées dans le SNDS.

► **Point de vigilance :**

Sur certains arrondissements, les effectifs étant relativement faibles, il convient d'être vigilant quant à l'interprétation des données portant sur ces territoires (notamment sur Vire, Mortagne-au-Perche, Coutances ou Argentan).

Source : Cartographie des pathologies, SNDS, 2020 -
Exploitation ORS-CREAI Normandie

Principales pathologies repérées (chez les 20-64 ans)

Rappelons tout d'abord que tous âges confondus, les cinq principales pathologies à l'origine d'une prise en charge par le système de soins sont en Normandie comme en France métropolitaine : les maladies cardio-neurovasculaires, les maladies respiratoires chroniques, le diabète, les cancers et les maladies psychiatriques.

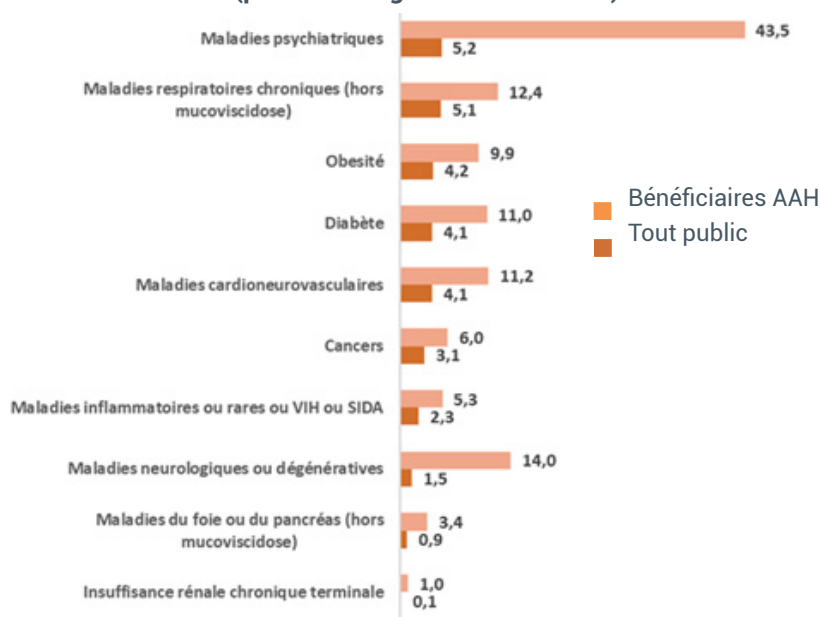
Plus précisément, en 2020, 291 046 Normands sont pris en charge pour maladies cardio-neurovasculaires, 206 896 pour maladies respiratoires chroniques, 203 806 pour diabète, 179 202 pour cancers et 152 116 pour maladies psychiatriques. Après élimination des effets de structure par âge et sexe de la population (via une standardisation), la Normandie présente une prise en charge significativement plus élevée qu'en France métropolitaine pour les maladies cardio-neurovasculaires, respiratoires et chroniques, et psychiatriques.



Si l'on cible l'ensemble de la population âgée de 20-64 ans, les 10 principales pathologies repérées sont dans l'ordre croissant les maladies psychiatriques, les maladies respiratoires chroniques, l'obésité, le diabète, les maladies cardio-neurovasculaires, les cancers, les maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou SIDA, les maladies neurologiques ou neurodégénératives, les maladies du foie ou du pancréas et les insuffisances rénales chroniques terminales.

Pour chacun de ces motifs, le taux de prise en charge constaté en Normandie est supérieur à celui observé en moyenne en France métropolitaine.

Principales pathologies à l'origine de la prise en charge en Normandie en 2020 (personnes âgées de 20-64 ans) - en %



Source : Cartographie des pathologies, SNDS, 2020 - Exploitation ORS-CREAI Normandie

Pour les bénéficiaires de l'AAH âgés de 20-64 ans pouvant être repérés dans le SNDS, les 10 principales pathologies repérées sont semblables à celles observées en population générale, mais avec des prévalences plus importantes constatées particulièrement pour les maladies neurologiques ou dégénératives (2^{ème} rang vs 8^{ème} rang en population générale).

Zoom sur une sélection de pathologies ciblées

Une sélection de pathologies ciblées a été analysée plus précisément, selon une approche comparative entre l'échelle régionale et nationale, ainsi qu'une déclinaison territoriale plus fine (cartographiée à l'échelle des arrondissements).

Elles permettent de montrer la plus forte prévalence de différentes pathologies / maladies chez les personnes bénéficiaires de l'AAH, sans toutefois pouvoir préciser dans quelle mesure elles constituent une conséquence ou une composante de la situation de handicap.

Prévalence des pathologies chez les personnes âgées de 20 à 64 ans en Normandie

	Effectif		Taux standardisé pour 1 000 personnes	
	Tout public	Bénéf. AAH	Tout public	Bénéf. AAH
Maladies psychiatriques	92 131	17 387	51,8	436,0
Troubles névrotiques de l'humeur	45 602	5 755	25,6	143,0
Maladies neurologiques ou dégénératives	25 768	5 573	14,5	139,8
Epilepsie	10 531	2 506	6,0	63,0
Maladies respiratoires chroniques (hors musoviscidose)	90 481	4 935	50,7	122,6
Maladies cardiovasculaires	72 044	4 462	39,4	111,8
Diabète	72 057	4 385	39,4	109,0
Cancers :	54 824	2 395	30,1	59,4
- Cancer du sein de la femme	15 314	543	16,2	27,4
- Cancer du poumon	3 052	226	1,6	5,7
- Cancer du colon	4 925	179	2,7	4,4
- Cancer de la prostate	3 362	112	3,7	5,7
Population totale	1 761 573	39 927		

Sources : Insee, Cartographie des pathologies, SNDS, 2020 - Exploitation ORS-CREAI Normandie

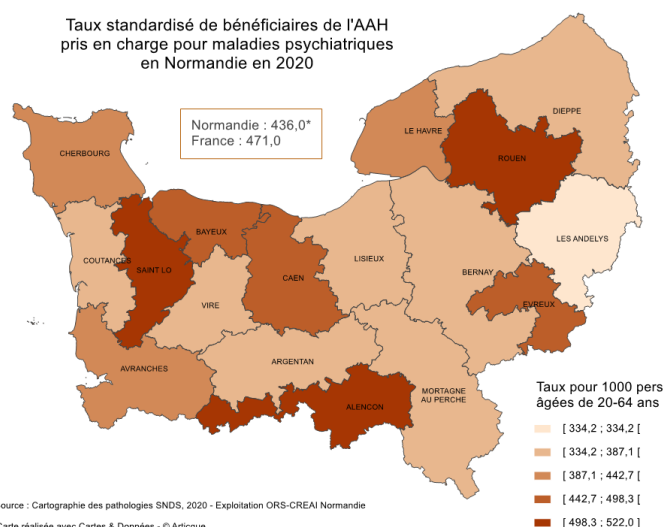


Maladies psychiatriques

Première pathologie identifiée concernant les publics bénéficiaires de l'AAH (en Normandie comme en France), les maladies psychiatriques touchent 17 387 bénéficiaires en région soit 436 pour 1 000 habitants, contre seulement 52 pour 1 000 tous publics confondus (âgés de 20 à 64 ans).

Elles touchent ainsi 8,4 fois plus les personnes en situation de handicap que le tout public.

Le détail par arrondissement met en évidence une situation plus défavorable sur Rouen, Saint-Lô et Alençon (et plus favorable sur Les Andelys).



	Calvados	Eure	Manche	Orne	Seine-Maritime	Normandie
Nombre de bénéficiaires de l'AAH	3 236	2 761	2 470	1 280	7 640	17 387
Taux standardisé de bénéficiaires de l'AAH	432,5	395,7	431,3	450,7	451,9	436,0

Sources : Insee, Cartographie des pathologies, SNDS, 2020 - Exploitation ORS-CREAI Normandie

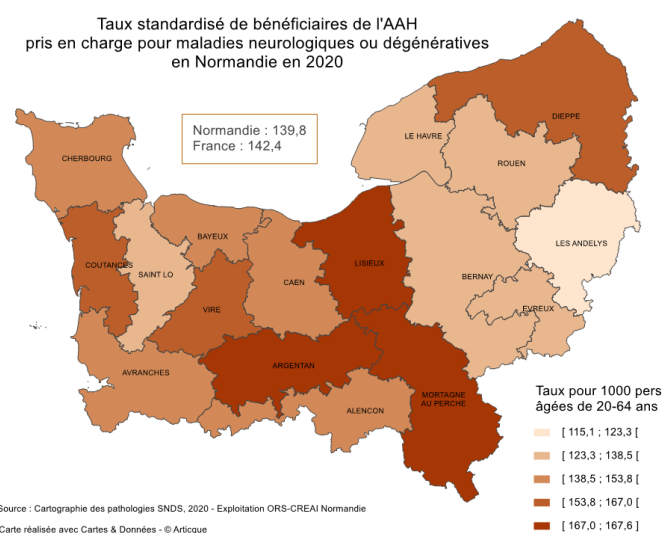
* Taux pour 1 000 personnes (standardisation sur l'âge et le sexe)

Maladies neurologiques ou dégénératives

La cartographie des pathologies identifie les maladies neurologiques ou dégénératives parmi les premières affectant les personnes bénéficiaires de l'AAH. A structure d'âge comparable, les bénéficiaires de l'AAH sont 139,8 pour 1 000 à être touchés, contre 14,5 pour 1 000 tous publics confondus (âgés de 20 à 64 ans).

Ces personnes en situation de handicap sont ainsi 9,7 fois plus concernées par cette pathologie que l'ensemble des normands de 20-64 ans.

La cartographie met en évidence des taux standardisés de bénéficiaires de l'AAH pris en charge pour maladies neurologiques ou dégénératives, allant de 115 à 167 pour 1 000 (115 sur l'arrondissement de Les Andelys / 167 sur ceux de Mortagne-au-Perche, Argentan et Lisieux).



	Calvados	Eure	Manche	Orne	Seine-Maritime	Normandie
Nombre de bénéficiaires de l'AAH	1 141	885	793	435	2 319	5 573
Taux standardisé de bénéficiaires de l'AAH	153,4	125,8	139,5	155,7	137,7	139,8

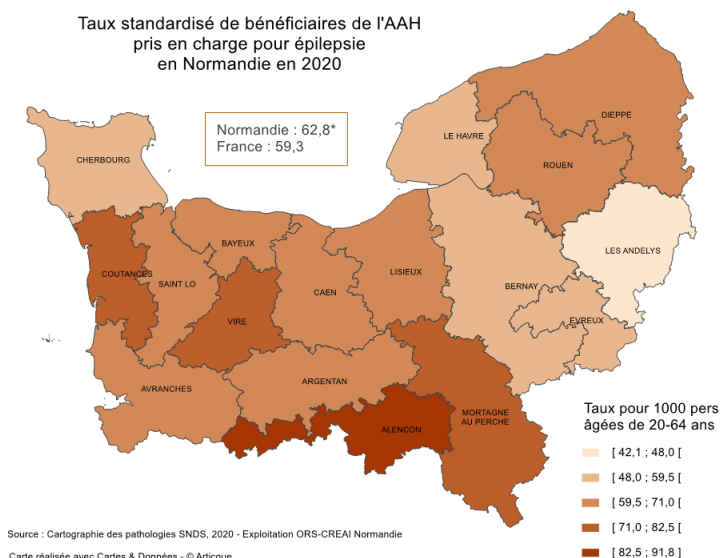
Sources : Insee, Cartographie des pathologies, SNDS, 2020 - Exploitation ORS-CREAI Normandie

* Taux pour 1 000 personnes (standardisation sur l'âge et le sexe)

Maladies neurologiques ou dégénératives - Zoom sur l'épilepsie

On compte environ 2 500 bénéficiaires de l'AAH pris en charge pour épilepsie en région, soit un taux standardisé de 62,8 pour 1 000, contre 6,0 pour 1 000 concernant le tout public (âgé de 20-64 ans). Le risque de prise en charge pour épilepsie est ainsi 10,5 plus élevé concernant les personnes en situation de handicap.

La cartographie par arrondissement met en évidence un taux plus élevé sur le territoire d'Alençon et le plus faible sur celui des Andelys.



	Calvados	Eure	Manche	Orne	Seine-Maritime	Normandie
Nombre de bénéficiaires de l'AAH	483	359	347	223	1 094	2 506
Taux standardisé de bénéficiaires de l'AAH	65,0	51,4	61,8	80,3	65,0	63,0

Sources : Insee, Cartographie des pathologies, SNDS, 2020 - Exploitation ORS-CREAI Normandie

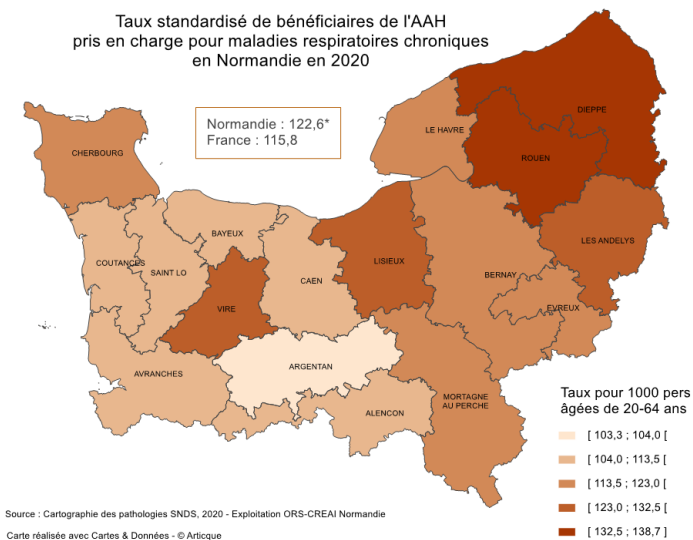
* Taux pour 1 000 personnes (standardisation sur l'âge et le sexe)

Maladies respiratoires chroniques

Avec près de 5 000 personnes concernées en Normandie, les maladies respiratoires chroniques concernent 122,6 bénéficiaires de l'AAH pour 1 000, contre 50,7 tous publics confondus (âgés de 20-64 ans).

Le risque de souffrir de ce type de maladie est ainsi 2,4 fois plus élevé parmi le public identifié en situation de handicap.

Au niveau territorial, la partie Est de la région apparaît plus fortement concernée, particulièrement les arrondissements de Rouen et Dieppe.



	Calvados	Eure	Manche	Orne	Seine-Maritime	Normandie
Nombre de bénéficiaires de l'AAH	875	825	678	309	2 248	4 935
Taux standardisé de bénéficiaires de l'AAH	114,6	119,6	115,0	107,1	132,9	122,6

Sources : Insee, Cartographie des pathologies, SNDS, 2020 - Exploitation ORS-CREAI Normandie

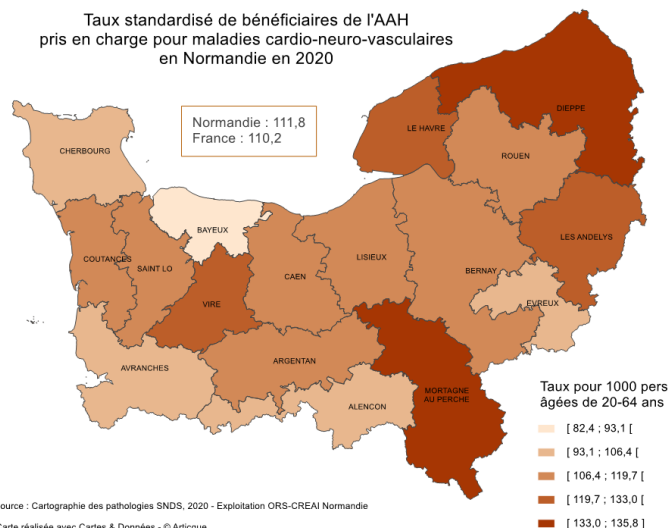
* Taux pour 1 000 personnes (standardisation sur l'âge et le sexe)

Maladies cardio-neuro-vasculaires

Les maladies cardio-neuro-vasculaires touchent 111,8 bénéficiaires de l'AAH sur 1 000, contre 39,4 pour 1 000 personnes âgées de 20 à 64 ans tous publics confondus.

Cela correspond à un risque 2,4 fois plus important chez les publics en situation de handicap (bénéficiaires de l'AAH).

Le taux standardisé d'adultes handicapés pris en charge pour ce type de maladie apparaît plus élevé dans les arrondissements de Dieppe et de Mortagne-au-Perche.



	Calvados	Eure	Manche	Orne	Seine-Maritime	Normandie
Nombre de bénéficiaires de l'AAH	828	753	625	317	1 939	4 462
Taux standardisé de bénéficiaires de l'AAH	108,2	112,1	105,9	109,3	115,5	111,8

Sources : Insee, Cartographie des pathologies, SNDS, 2020 - Exploitation ORS-CREAI Normandie

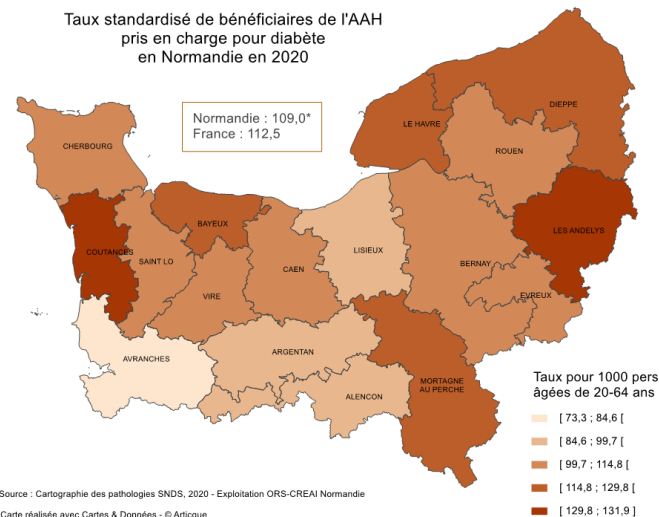
* Taux pour 1 000 personnes (standardisation sur l'âge et le sexe)

Diabète

En région, les personnes bénéficiaires de l'AAH sont 109 pour 1 000 à être prises en charge pour un diabète, contre 39,4 pour 1 000 parmi l'ensemble des personnes âgées de 20 à 64 ans.

Ce taux est donc 2,8 fois supérieur concernant ce public en situation de handicap.

Le détail par arrondissement met en évidence des taux de prise en charge plus élevés sur Les Andelys et Coutances, le plus faible étant enregistré sur l'arrondissement de Avranches.



	Calvados	Eure	Manche	Orne	Seine-Maritime	Normandie
Nombre de bénéficiaires de l'AAH	804	761	583	286	1 951	4 385
Taux standardisé de bénéficiaires de l'AAH	104,6	113,2	97,8	97,5	115,7	109,0

Sources : Insee, Cartographie des pathologies, SNDS, 2020 - Exploitation ORS-CREAI Normandie

* Taux pour 1 000 personnes (standardisation sur l'âge et le sexe)

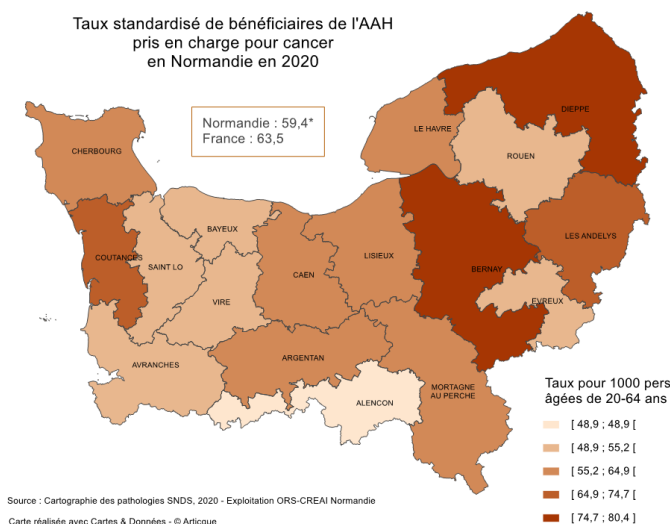
Cancers

Avec près de 2 400 bénéficiaires de l'AAH pris en charge pour un cancer, ce sont 59,4 personnes en situation de handicap pour 1 000 qui sont concernées, contre 30,1 pour 1 000 parmi le tout public (âgé de 20-64 ans).

Les bénéficiaires de l'AAH sont ainsi 2 fois plus touchés par cette pathologie que le tout public. Mais ce ratio diffère selon le type de cancer : il est de 3,4 concernant le cancer du poumon, contre 1,7 pour le cancer du côlon ou le cancer du sein chez la femme, et il est de 1,7 pour le cancer de la prostate chez l'homme. Les personnes en situation de handicap semblent donc plus fortement touchées que le tout public par les cancers, et plus particulièrement par le cancer du poumon (ce même constat est observé au niveau national, avec des ratios un peu plus élevés).

L'analyse par arrondissement n'est pas pertinente sur les différents types de cancer (car portant sur des effectifs limités).

En revanche pour ce qui concerne tous cancers confondus, les arrondissements de Dieppe et de Bernay sont ceux qui enregistrent les plus forts taux de prise en charge pour ces pathologies.



	Calvados	Eure	Manche	Orne	Seine-Maritime	Normandie
Nombre de bénéficiaires de l'AAH	446	470	333	159	987	2 395
Taux standardisé de bénéficiaires de l'AAH	58,0	68,8	55,5	54,5	58,6	59,4

Sources : Insee, Cartographie des pathologies, SNDS, 2020 - Exploitation ORS-CREAI Normandie

* Taux pour 1 000 personnes (standardisation sur l'âge et le sexe)

Des taux de prévalence entre 2 et 10 fois supérieurs chez les bénéficiaires de l'AAH et des écarts constatés avec le niveau national qui diffèrent selon les pathologies considérées

Sur les différentes pathologies étudiées, les taux de prises en charge par le système de santé sont entre 2 et 10 fois plus importants parmi les personnes en situation de handicap (bénéficiaires de l'AAH) que dans l'ensemble de la population. Ce constat observé en région se vérifie également au plan national.

Par ailleurs, les écarts observés entre les taux régionaux et nationaux ne se vérifient pas sur le plan statistique pour les maladies neurologiques ou dégénératives et cardio-neurovasculaires. Toutefois, des écarts significatifs sont constatés avec des taux de prévalence plus élevés

pour les maladies respiratoires et pour l'épilepsie et des taux moins importants pour les maladies psychiatriques, le diabète et les cancers. Rappelons qu'en population générale âgée de 20-64 ans, la Normandie présente des taux de prévalence supérieurs au plan national en ce qui concerne les maladies cardio-neurovasculaires, neurologiques, respiratoires et cancers.

Patients sous traitements ⁸

Des taux de traitements plus élevés chez les bénéficiaires de l'AAH qu'en population générale

Traitements psychotropes

En 2020 en Normandie, le SNDS identifie parmi les personnes non reconnues dans la catégorie des maladies psychiatriques, 6 575 bénéficiaires de l'AAH âgés de 20 à 64 ans prenant un traitement psychotrope (traitement antidépresseur et régulateur de l'humeur, neuroleptique, anxiolytique et/ou hypnotique). Cet effectif correspond à un taux de 163,7 bénéficiaires de l'AAH pour 1 000, contre 89,6 pour 1 000 en population générale, soit un taux 1,8 fois plus élevé.

Si l'on inclue aussi dans les statistiques les personnes reconnues en maladie psychiatrique (ayant un diagnostic posé – via une hospitalisation ou une affection de longue durée récente – et repérables dans le SNDS), cela porte à 19 402 le nombre de bénéficiaires de l'AAH prenant un traitement psychotrope, soit un taux 3,9 fois plus élevé qu'en population générale (484,9 pour 1 000 contre 123,5 pour 1 000 en population générale).

Ainsi, qu'ils présentent une maladie psychiatrique ou non, les bénéficiaires de l'AAH consomment davantage de traitements psychotropes que la population générale (de 20-64 ans).

Traitements du risque vasculaire

En 2020, le SNDS identifie 5 602 bénéficiaires de l'AAH âgés de 20-64 ans traités pour risque vasculaire (traitements antihypertenseurs et/ou hypolipémiants), parmi la population ne présentant pas de maladies cardio-neurovasculaires, diabète ou insuffisance rénale chronique terminale⁹. Cela représente un taux standardisé de 139,1 bénéficiaires de l'AAH sous traitement pour 1 000 personnes, soit un taux 1,3 fois plus élevé que celui observé chez l'ensemble des Normands âgés de 20-64 ans (105,8 pour 1 000).

Si l'on inclue aussi dans les statistiques les personnes reconnues en maladie cardio-neurovasculaire, diabète ou insuffisance rénale chronique terminale, la prise de traitement du risque vasculaire concerne alors 1,7 fois plus les personnes bénéficiaires de l'AAH que la population générale (soit respectivement 263,9 pour 1 000, contre 152,4 pour 1 000).

Des taux de personnes sous traitement globalement plus élevés en Normandie qu'au plan national

Les taux de traitements psychotropes (hors pathologie) observés en Normandie en population générale et chez les bénéficiaires de l'AAH sont significativement supérieurs à ceux observés au plan national. Concernant les traitements psychotropes (avec ou sans pathologies), si les Normands âgés de 20-64 ans présentent des taux plus élevés qu'au plan national, les bénéficiaires de l'AAH présentent à l'inverse un taux inférieur au plan national. Pour les traitement du risque vasculaire, quelle que soit la population considérée (AAH ou population générale) et la possibilité d'une pathologie associée, les taux de traitements observés sont significativement supérieurs en région Normandie comparativement à la France métropolitaine.

⁸ Cf. Annexe 1 - Note méthodologique : Détail des pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins de la cartographie des pathologies et des dépenses de l'Assurance Maladie (p. 31)

⁹ Maladie coronaire ou accident vasculaire cérébral ou insuffisance cardiaque - ni aigus ni chroniques -, ou artériopathie oblitérante des membres inférieurs, ou insuffisance rénale chronique terminale traitée, ou diabète.



FAITS MARQUANTS

Etat de santé des personnes en situation de handicap en Normandie (exploitation du SNDS)

Dans l'ensemble de la population âgée de 20 à 64 ans, les 10 principales pathologies repérées dans le SNDS sont dans l'ordre croissant : les maladies psychiatriques, les maladies respiratoires chroniques, l'obésité, le diabète, les maladies cardio-neurovasculaires, les cancers, les maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou SIDA, les maladies neurologiques ou neurodégénératives, les maladies du foie ou du pancréas et les insuffisances rénales chroniques terminales. Pour chacun de ces motifs, le taux de prise en charge constaté en Normandie est supérieur au taux national.

Concernant les personnes bénéficiaires de l'AAH repérées dans le SNDS, on retrouve sensiblement les mêmes pathologies, mais avec des niveaux de prévalence différents. Sur une sélection de pathologies ciblées, les taux de prévalence sont entre 2 et 10 fois plus élevés parmi les bénéficiaires de l'AAH, qui sont :

- 10,5 fois plus touchés que le tout public par l'épilepsie
- 9,7 fois plus touchés par des maladies neurologiques ou dégénératives
- 8,4 fois plus touchés par des pathologies psychiatriques
- 2,8 fois plus touchés par le diabète
- 2,4 fois plus touchés par des maladies respiratoires chroniques
- 2,4 fois plus touchés par des maladies cardio-neurovasculaires
- 2 fois plus touchés par des cancers (3,4 fois pour le cancer du poumon / 1,7 fois pour le cancer du côlon, le cancer du sein chez la femme, le cancer de la prostate chez l'homme)

La prise de traitements médicamenteux est plus forte parmi les bénéficiaires de l'AAH qu'en population générale. Cela se vérifie notamment sur la prise de traitements psychotropes, tant chez les bénéficiaires reconnus en maladie psychiatrique que ceux non reconnus pour ce type de maladie. C'est également le cas concernant la prise de traitement contre le risque vasculaire chez les bénéficiaires de l'AAH, qu'ils soient reconnus pour une maladie cardiovasculaire, un diabète, une insuffisance rénale ou non.

A noter qu'on observe globalement des taux de prise de traitement plus élevés en Normandie qu'au niveau national. Chez les bénéficiaires de l'AAH en région, le taux de prise de traitement pour risque vasculaire est significativement supérieur à celui observé chez les bénéficiaires de l'AAH en France métropolitaine.

03 Qu'en est-il de l'accès à la prévention et aux soins concernant les personnes en situation de handicap ?

Enseignements issus de sources nationales

Dans le cadre de l'enquête Statistiques sur les ressources et les conditions de vie (2018 et 2017), les conditions de vie, les ressources, l'état de santé mais aussi la fréquence des consultations médicales sont questionnées et analysées¹⁰.

Concernant les personnes en situation de handicap (au sens de l'indicateur GALI) âgées de moins de 65 ans, il en ressort les constats suivants :

- Les consultations médicales sont plus nombreuses et plus fréquentes, excepté chez le dentiste :
 - 95 % se sont rendues chez un généraliste au cours de l'année (contre 81 %), dont 27 % au moins 10 fois (contre 5 %),
 - 81 % se sont rendues chez un spécialiste au cours de l'année (contre 55 %), dont 15 % au moins 10 fois (contre 3 %),
 - 48 % se sont rendues chez un dentiste dans l'année (contre 50 %) et 12 % déclarent avoir renoncé à une consultation alors qu'elles avaient besoin de soin (contre 8 %).
- Elles ont plus souvent recours à un service d'aide ou de soins à domicile en raison de problème de santé :
 - 21 % des personnes en situation de handicap y ont recours (contre 8 %),
 - Par contre, 16 % ont renoncé à ce service alors qu'elles en avaient besoin, justifiant l'absence de moyens financier pour une personne sur 4 (l'aide/les soins sont alors prodigués par la famille ou les amis dans près d'un cas sur deux).

Handifaction, le baromètre de l'accès aux soins des personnes vivant avec un handicap, est une autre source d'information qui délivre des résultats chaque trimestre.

Si les résultats ne sont pas représentatifs de l'ensemble de la population en situation de handicap, les derniers résultats disponibles concernant le 4^{ème} trimestre 2022, portent sur 37 547 répondants sur la France entière.

Profil des répondants :

- 55 % de femmes pour 43 % d'hommes
- 67 % âgés de 46-65 ans / 97 % âgés de 19 à 80 ans
- 98 % vivent en milieu ordinaire, dont 57 % en famille et 40 % seuls
- 43 % présentent une maladie invalidante, 18 % un handicap moteur, 14 % un handicap psychique...

Résultats déclarés sur l'accès aux soins :

- 82 % des répondants ont pu être soignés (dont 5 % ayant subi un refus avant de pouvoir effectuer leur soin dans un autre lieu),
- 10 % ont dû abandonner leur recherche faute d'avoir pu trouver un soignant,
- 3 % ont abandonné leurs soins après avoir subi un ou plusieurs refus,
- 5 % cherchent toujours activement un autre moyen d'accès au soin après un ou plusieurs refus.

→ Handifaction

Dans le cadre de la charte Romain Jacob, des mesures ont été proposées pour améliorer le parcours de soins des personnes vivant avec un handicap. Créé en 2015, le questionnaire **Handifaction** donne la parole aux personnes elles-mêmes, via un court questionnaire accessible par internet, une appli mobile ou en version imprimée.

Ce baromètre, géré par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile-de-France en lien avec la Caisse Nationale et

ses partenaires, a pour objectif d'interroger les personnes personnes en situation de handicap sur la qualité des soins qu'elles ont reçus, en ville ou en établissement de santé (accès à un soignant / possibilité d'avoir un accompagnant pendant le soin / nécessité d'être informé des soins prodigués et d'en être co-décideur / prise en compte du ressenti de la douleur). Il est déployé de plus en plus largement suite aux campagnes de communication réalisées en lien avec les CPAM et plus récemment avec les MDPH.

Pour en savoir plus : <https://www.handifaction.fr/>

¹⁰ Source mobilisée : Comment vivent les personnes handicapées - Les conditions de vie des personnes déclarant de fortes restrictions d'activité, Les dossiers de la DREES, n°75 - 2021

Exploitation des bases de données du SNDS en région

L'analyse des données disponibles en termes de dépistage des cancers chez les personnes bénéficiaires de l'AAH a pour but de les comparer avec celles du tout public, afin d'avoir une lecture des différences de recours à ces actions de prévention.

L'analyse porte sur 3 localisations : dépistage du cancer du sein, du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal¹¹.

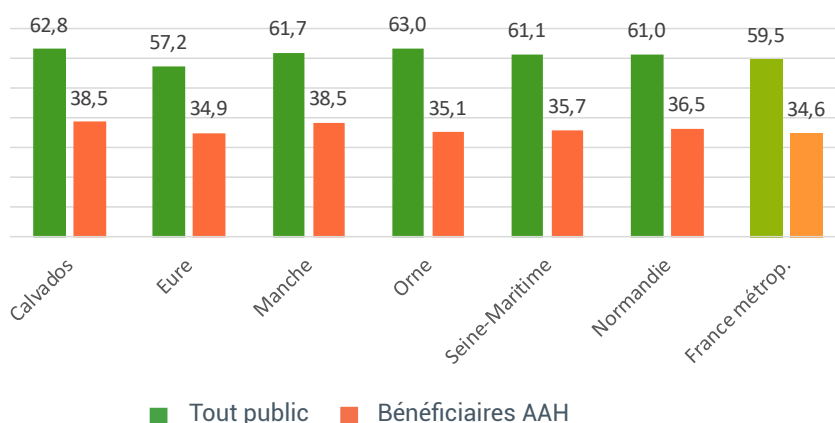
Accès aux actions de dépistage du cancer du sein

Dans le cadre du programme organisé du cancer du sein, les femmes âgées de 50 à 75 ans sont invitées à réaliser un acte de mammographie tous les 2 ans.

Les résultats suivants sont présentés pour les femmes de 50 à 62 ans, en raison du décrochage après 62 ans lié aux départs à la retraite des personnes en situation de handicap (parmi l'ensemble des dépistages réalisés entre 50 et 75 ans, 89 % le sont avant 63 ans chez les bénéficiaires de l'AAH). Les données portent sur la période 2020-2021.

Taux de réalisation d'un acte de dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50-62 ans, en 2020-2021 (en %)

Source : SNDS - Exploitation ORS-CREAI Normandie



L'analyse comparative des 2 sous-populations met en évidence un moindre dépistage parmi les femmes bénéficiaires de l'AAH : elles sont 36,5 % à en avoir bénéficié en Normandie sur la période 2020-2021, contre 61,0 % des femmes tout public (soit 1,8 fois moins pour les femmes en situation de handicap).

On enregistre quelques variations selon le département : l'Eure est celui dans lequel le taux de dépistage est le plus faible, tant pour le tout public (57,2 %) que pour les bénéficiaires de l'AAH (34,9 %). Comparativement à la France métropolitaine, la région enregistre un taux de dépistage légèrement plus favorable concernant les femmes bénéficiaires de l'AAH (avec 36,5 % contre 34,6 %).

Les données disponibles pour les 4 années précédentes mettent en évidence un niveau de dépistage en très légère baisse chez les femmes en situation de handicap (37,2 % en 2017-2018 contre 36,5 % en 2020-2021), baisse plus faible que chez les femmes tout public (respectivement 65,2 % et 61,0 %). Ce constat est-il à mettre en lien avec un moindre recours lié à la crise sanitaire ?

¹¹ Source mobilisée : Comment vivent les personnes handicapées - Les conditions de vie des personnes déclarant de fortes restrictions d'activité, Les dossiers de la DREES, n°75 - 2021

Accès aux actions de dépistage colorectal

Dans le cadre du programme organisé du cancer colorectal, les hommes et les femmes âgés de 50 à 75 ans sont invités à réaliser un acte de dépistage tous les 2 ans.

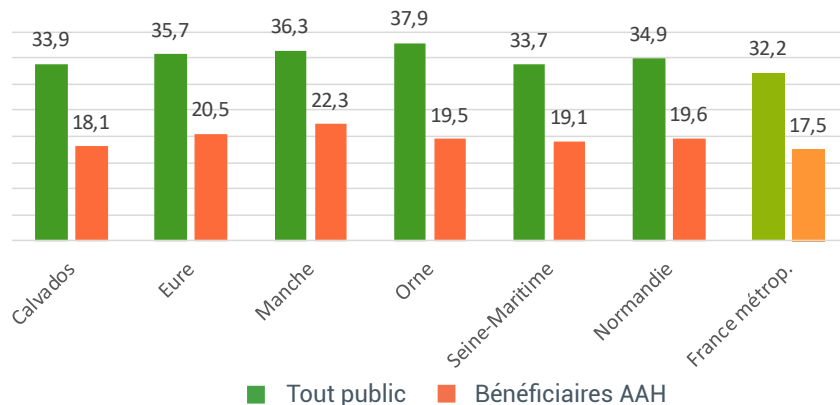
Les résultats suivants sont présentés pour les personnes âgées de 50 à 62 ans, en raison du décrochage après 62 ans lié aux départs à la retraite des personnes en situation de handicap (parmi l'ensemble des dépistages réalisés entre 50 et 75 ans, 90 % le sont avant 63 ans chez les bénéficiaires de l'AAH).

Concernant cette localisation, un moindre niveau de participation est aussi observé chez les personnes en situation de handicap. En effet, seules 19,6 % ont bénéficié de ce dépistage en Normandie en 2020-2021, contre 34,9 % parmi le tout public (soit 1,8 fois moins).

Le détail par département souligne une participation légèrement plus faible pour les 2 sous-populations, dans le Calvados (avec 18,1 % et 33,9 %) et la Seine-Maritime (avec 19,1 % et 33,7 %), que dans les 3 autres départements.

Taux de réalisation d'un acte de dépistage du cancer colorectal chez les personnes de 50-62 ans, en 2020-2021 (en %)

Source : SNDS - Exploitation ORS-CREAI Normandie



Par ailleurs, la région enregistre des taux de dépistage légèrement supérieurs aux taux nationaux (qui sont de 17,5 % et 32,2%).

Sur 4 ans (soit entre 2017-2018 et 2020-2021), on enregistre une progression des taux de dépistage, tant chez les bénéficiaires de l'AAH (le taux est passé de 16,8 % à 19,6 %) que dans le tout public (de 31,7 % à 34,9 %).

Accès aux actions de dépistage du col de l'utérus

Le test de dépistage du cancer du col de l'utérus, réalisé par examen cytologique ou examen des cellules prélevées lors du frottis, est recommandé à toutes les femmes âgées de 25 à 64 ans dans un intervalle de 3 ans. Les résultats ci-dessous portent donc sur cette tranche d'âge et couvrent 3 années, de 2019 à 2021.

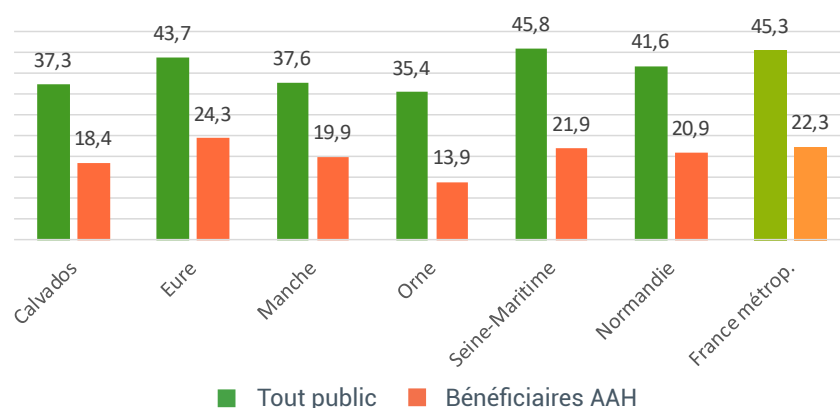
Les résultats mettent en évidence un taux de dépistage de 2 fois moins élevé parmi les bénéficiaires de l'AAH que parmi le tout public, avec un taux de recours de 20,9 % chez les premières contre 41,6 % chez les secondes.

Les données par département pointent une situation légèrement plus favorable dans les départements de l'Eure et de Seine-Maritime, tant concernant les femmes bénéficiaires de l'AAH ou toutes les femmes. Cette différence n'était pas observée 2 ans plus tôt (en 2017-2019)

Par rapport au plan national, la région affiche une moindre participation : 20,9 % contre 22,3 % pour les bénéficiaires de l'AAH, et 41,6 % contre 45,3 % pour le tout public.

Taux de réalisation d'un acte de dépistage du col de l'utérus chez les femmes de 25-64 ans, en 2019-2021 (en %)

Source : SNDS - Exploitation ORS-CREAI Normandie



En terme d'évolution, il faut noter une forte baisse du niveau de dépistage du cancer du col de l'utérus entre les périodes 2017-2019 et 2019-2021, tant en France métropolitaine qu'en région : - 19 % et - 24 % concernant les actes de dépistage du tout public et - 26 % et - 27 % concernant ceux des bénéficiaires de l'AAH. Ce constat est à relier avec la période de crise sanitaire, qui a annulé ou retardé nombre de rendez-vous médicaux auprès des cabinets gynécologiques pour réaliser ces actes.



Recours aux professionnels de santé

Le recours aux soins auprès des professionnels de santé est analysé en région pour le public bénéficiaire de l'AAH comparativement au tout public (personnes âgées de 20 à 64 ans). Il porte sur le public ayant consommé au moins un soin en 2021 (on parle de « consommateurs »)¹².

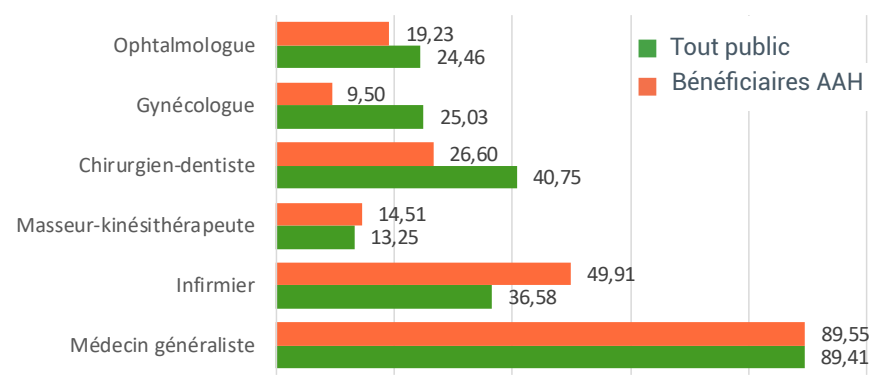
Les soins ciblés pour l'analyse sont les soins de médecine générale, infirmiers, de masso-kinésithérapie, de chirurgie dentaire, de gynécologie, d'ophtalmologie.

A noter : Les personnes qui n'auraient consulté aucun professionnel de santé ne sont pas prises en compte dans l'analyse.

→ Il en ressort les constats suivants :

- Le recours au médecin généraliste au moins une fois dans l'année a autant concerné les personnes en situation de handicap que le tout public, soit près de 9 patients sur 10 (les taux standardisés étant respectivement de 89,55 contre 89,41 pour 100 consommateurs).
- Inversement, les bénéficiaires de l'AAH consultent nettement moins que le tout public pour les soins dentaires, et le suivi gynécologique et ophtalmologique. Seules 9,5 % des femmes en situation de handicap ont consulté un gynécologue au cours de l'année, contre 25 % de l'ensemble des femmes de 20-64 ans (soit plus de moitié moins). Pour les soins dentaires, les taux sont de 26,6 % contre 46,75 % (soit un tiers de moins) et pour les consultations ophtalmologiques, les chiffres sont respectivement de 19,23 % et 24,46 %. Ces résultats confirment également ce qui ressort de la littérature et traduit notamment les difficultés liées au dépistage et à l'accès à ce type de prise en charge.
- Le recours aux soins de kinésithérapie et surtout de soins infirmiers a plus fortement concerné les bénéficiaires de l'AAH. En effet, leur taux de consommation de soins de kiné est de 14,51 % contre 13,25 % pour le tout public, et pour les soins infirmiers, de 49,91 % contre 36,58 % parmi le tout public. Ces résultats sont en cohérence avec ce qui est observé dans d'autres travaux et corroborent le besoin de soins associés à certains profils de pathologies.

Taux standardisé de normands âgés de 20-64 ans ayant consommé des soins au moins une fois en 2021 (en %)



Source : SNDS - Exploitation ORS-CREAI Normandie

L'analyse des données de recours aux soins à l'échelle de la France métropolitaine met en avant des constats similaires quant aux différences d'accès aux différents types de soins. En revanche, le comparatif région / France montre pour l'ensemble des personnes de 20-64 ans (qu'elles soient en situation de handicap ou non) des

taux de consultation auprès des médecins généralistes et des soins infirmiers légèrement plus élevés en région, contre des taux de consultation plus faibles chez les gynécologues et les dentistes (et similaires chez les ophtalmologues).

¹² Cf. Annexe 3 - Note méthodologique : Calcul des taux de recours standardisés (p. 32)

Le détail par département met en évidence des taux de consultation des bénéficiaires de l'AAH plus élevés dans le Calvados qu'au plan régional, et dans toutes les spécialités (ce constat vaut aussi pour le tout public). Le taux de consultations en soins infirmiers est aussi supérieur à moyenne régionale dans la Manche et dans l'Orne. En

revanche, les taux de recours aux soins sont souvent plus faibles dans les départements de l'Eure et de l'Orne, et particulièrement en gynécologie et ophtalmologie. Ces résultats ont nécessairement un lien avec l'offre médicale, que l'on sait déficitaire sur certains territoires.

Taux standardisé de bénéficiaires AAH âgés de 20-64 ans ayant consommé des soins (au moins une fois) en 2021

	Médecin généraliste	Infirmier	Masseur-kinésithérapeute	,Chirurgien-dentiste	Gynécologue	Ophtalmologue
Calvados	95,61	56,13	15,98	28,31	15,06	22,36
Eure	86,97	44,92	13,49	25,50	7,41	16,34
Manche	89,27	57,80	15,99	25,04	8,67	20,79
Orne	82,91	57,53	12,31	25,03	5,82	15,78
Seine-Maritime	89,24	45,56	14,21	27,06	8,85	19,09
Normandie	89,55	49,91	14,51	26,60	9,50	19,23
France métrop.	88,59	45,11	18,98	31,69	11,47	19,08

Source : SNDS/DCIR, 2021 - Exploitation ORS-CREAI Normandie

Pour compléter l'analyse du recours aux soins, au-delà de la lecture comparative des taux de recours dans les 2 profils de population (bénéficiaires de l'AAH et tout public), il est important de préciser la fréquence des consultations.

→ Il en ressort :

- Aucune différence n'est observée concernant les consultations chez les chirurgiens-dentistes, les gynécologues ou les ophtalmologues : le nombre moyen de prestations délivrées est compris entre 1 et 2 par an pour les personnes en situation de handicap ou non (2,0 chez les dentistes, 1,6 chez les gynécologues et 1,3 chez les ophtalmologues), sans différence avec l'échelle nationale.

- En revanche, les bénéficiaires de l'AAH consomment davantage de soins infirmiers que le tout public, soit une moyenne de 36,8 prestations par an, contre 21,5.
- Ce même constat est posé concernant les consultations de kinésithérapie, avec une moyenne de 33,1 prestations annuelles pour les personnes en situation de handicap, contre 25,2 pour le tout public. Il concerne aussi les consultations de médecine générale (avec respectivement 5 consultations par an contre 4,3).
- A noter que quelque soit le public étudié, la délivrance de prestations de soins infirmiers est inférieure en région comparativement au plan national.

Nombre annuel moyen de prestations délivrées auprès de personnes ayant consommé des soins (au moins une fois) en 2021

	Médecin généraliste	Infirmier	Masseur-kinésithérapeute	,Chirurgien-dentiste	Gynécologue	Ophtalmologue
Normandie						
Bénéficiaires de l'AAH	5,0	36,8	33,1	2,0	1,6	1,3
Tout public	4,3	21,5	25,2	2,0	1,7	1,2
France métrop.						
Bénéficiaires de l'AAH	5,5	45,6	34,4	2,3	1,6	1,3
Tout public	4,6	26,3	26,0	2,2	1,7	1,3

Source : SNDS/DCIR, 2021 - Exploitation ORS-CREAI Normandie



FAITS MARQUANTS

Accès à la prévention et aux soins concernant les personnes en situation de handicap

Le baromètre Handifaction rend compte de l'appréciation de personnes vivant avec un handicap, quant à leur expérience d'accès aux soins.

Les derniers résultats déclarés portant sur le 4^{ème} trimestre 2022 (sur près de 40 000 répondants) font état de 82 % de personnes soignées et 18 % de personnes non soignées, parmi lesquelles :

- 10 % ont dû abandonner leur recherche faute d'avoir trouvé un soignant,
- 3 % ont abandonné leurs soins après avoir subi un ou plusieurs refus,
- 5 % cherchent toujours activement un autre moyen d'accès au soin après un ou plusieurs refus.

La participation aux actions de dépistage des cancers mobilise globalement 2 fois moins les personnes bénéficiaires de l'AAH que le tout public. Ce constat est aussi observé à l'échelle nationale.

- Concernant le dépistage du cancer du sein, 36,5 % des femmes bénéficiaires de l'AAH âgées de 50-62 ans ont réalisé une mammographie de dépistage en 2020-2021 contre 61,0 % des femmes tout public, soit 1,7 fois moins (respectivement 34,5 % et 62,5 % au plan national).
- Le recours au dépistage du cancer colorectal a quant à lui concerné 19,6 % des bénéficiaires de l'AAH âgés de 50-62 ans, contre 34,9 % du tout public en 2020-2021, soit 1,8 fois moins (respectivement 17,5 % et 32,2 % au plan national).
- Le taux de dépistage du col de l'utérus, calculé sur 3 années (2019-2021) s'établit à 20,9 % concernant les femmes bénéficiaires de l'AAH âgées de 25-64 ans, contre 41,6 % des femmes tout public, soit 2 fois moins (respectivement 22,3 % et 45,3 % au plan national). Notons que ce dépistage a été le plus impacté par la crise sanitaire, avec une baisse d'environ 25 % enregistrée entre 2017-2019 et 2019-2021.

Concernant le recours aux soins de santé, on note que si le taux de recours au médecin généraliste est comparable entre public en situation de handicap et tout public, il est largement déficitaire sur les soins dentaires, le suivi gynécologique et ophtalmologique :

- 9,5 % des femmes bénéficiaires de l'AAH ont consulté un gynécologue en 2022, contre 25 % du tout public (femmes de 20 à 65 ans),
- 26,6 % des bénéficiaires de l'AAH ont consulté un dentiste, contre 46,7 % du tout public,
- 19,2 % des bénéficiaires de l'AAH ont consulté un ophtalmologiste 24,5 % du tout public.

A l'inverse, le recours aux soins de masseur-kinésithérapeute et surtout aux soins infirmiers concerne plus fortement les personnes en situation de handicap : les taux de consultation mais également le nombre moyen de prestations délivrées sont largement supérieurs.

ANNEXES

Annexe 1 - Note méthodologique

Détail des pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins de la cartographie des pathologies et des dépenses de l'Assurance Maladie

- **Maladies cardio-neurovasculaires** : ce groupe comprend les maladies coronaires (dont l'infarctus du myocarde), les accidents vasculaires cérébraux (AVC), l'insuffisance cardiaque, l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (Aomi), les troubles du rythme ou de la conduction, les maladies valvulaires, l'embolie pulmonaire et les autres affections cardiovasculaires. On distingue les pathologies en phase aiguë et chronique ;
- **Traitements du risque vasculaire** : il s'agit de personnes prenant des traitements antihypertenseurs et/ou hypolipémiants (en dehors de celles qui ont certaines maladies cardio-neurovasculaires, un diabète ou une insuffisance rénale chronique terminale) ;
- **Diabète** : quel que soit son type ;
- **Cancers** : les plus fréquents (cancers du sein, de la prostate, du côlon et du poumon) sont distingués, les autres cancers étant regroupés. On distingue les cancers en phase active de traitement (dits « actifs ») et les cancers en phase de surveillance (dits « sous surveillance ») ;
- **Maladies psychiatriques** : ce groupe comprend les troubles psychotiques (dont la schizophrénie), les troubles névrotiques et de l'humeur (dont les troubles bipolaires et la dépression), la déficience mentale, les troubles addictifs, les troubles psychiatriques débutant dans l'enfance et l'ensemble des autres troubles psychiatriques (de la personnalité ou du comportement). Remarque : le remboursement des traitements nicotiniques de substitution est à présent pris en compte pour le repérage des troubles addictifs, avec une condition sur le nombre de remboursements de ces traitements (délivrés au moins 3 fois dans l'année), afin de cibler spécifiquement les personnes engagées dans une démarche de sevrage tabagique ;
- **Traitements psychotropes** : il s'agit de personnes prenant régulièrement des traitements antidépresseurs et régulateurs de l'humeur, des neuroleptiques, des anxiolytiques et/ou hypnotiques (mais qui n'ont pas de diagnostic psychiatrique repérable dans le système national des données de santé (SNDS) – via une hospitalisation ou une affection de longue durée récentes – et qui ne sont donc pas incluses dans la catégorie des maladies psychiatriques) ;
- **Maladies neurologiques et dégénératives** : ce groupe comprend les démences (notamment la maladie d'Alzheimer), la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques, la paraplégie, la myopathie et la myasthénie, l'épilepsie et les autres affections neurologiques ;
- **Maladies respiratoires chroniques** : ce groupe comprend l'asthme, la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), l'insuffisance respiratoire chronique, etc. La mucoviscidose n'est pas incluse dans ce groupe ;
- **Maladies inflammatoires, maladies rares et virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou sida** : ce groupe comprend les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (Mici), la polyarthrite rhumatoïde et la spondylarthrite ankylosante. Les maladies rares comprennent : les maladies métaboliques héréditaires, la mucoviscidose, l'hémophilie et les troubles de l'hémostase grave. Les autres maladies inflammatoires chroniques pour les maladies rares, les maladies métaboliques héréditaires, la mucoviscidose, l'hémophilie et les troubles de l'hémostase grave. L'infection par le VIH ou syndrome d'immunodéficience acquise (sida) fait l'objet d'un groupe séparé au sein de cette grande catégorie ;
- **Insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)** : ce groupe comprend la dialyse chronique, la transplantation rénale et le suivi de transplantation rénale ;
- **Maladies du foie ou du pancréas** : ce groupe comprend l'ensemble des atteintes du foie et du pancréas, à l'exception de la mucoviscidose et du diabète, qui sont repérés par ailleurs.
- **Autres affections de longue durée (ALD) (regroupées)** : il s'agit des personnes avec une ALD autres que celles relatives aux pathologies ci-dessus mentionnées ;
- **Maternité** : ce groupe comprend les femmes de 15 à 49 ans, prises en charge pour le risque maternité à partir du 1er jour du 6e mois de grossesse jusqu'au 12e jour après l'accouchement ou ayant accouché dans l'année ;
- **Traitements chroniques par antalgiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et corticoïdes** : il s'agit de traitements délivrés au moins six fois dans l'année, qui peuvent être à visée rhumatologique chronique (lombalgie, arthrose, etc.) mais aussi liés à la prise en charge de toute pathologie chronique douloureuse, y compris celles repérées ci-dessus ;



- **Séjours hospitaliers pour Covid-19** : il s'agit des personnes avec au moins un séjour en hospitalisation complète au cours de l'année, dans un établissement de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) ou de soins de suite et de réadaptation (SSR). Au sein de cette population, ont également été identifiées les personnes avec une prise en charge en soins critiques (réanimation, soins intensifs ou soins continus) au cours d'un séjour. Les critères de repérage de ces personnes ont été définis en conformité avec les consignes de codage et les travaux publiés par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) ;
- **Séjours hospitaliers ponctuels (pour des motifs qui ne correspondent pas aux groupes de pathologies repérées ci-dessus)** : ils peuvent découler de causes infectieuses (pneumonie par exemple), traumatiques, chirurgicales programmées (prothèse de hanche) ou non (appendicectomie), exploratoires (coloscopie), ou des symptômes ou pathologies mal définis.

Cf. <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/par-theme/pathologies/cartographie-assurance-maladie>

Annexe 2 - Note méthodologique

Calcul du taux de dépistage

Les analyses des taux de dépistage portent sur les actes de dépistage réalisés à la fois en ville et en milieu hospitalier lors des consultations externes, pour les dépistages organisés et individuels, en Normandie. Les bénéficiaires de l'AAH sont identifiés à partir des codes petits régimes de 180 à 189.

Le dénominateur des taux est extrait d'une table contenant l'ensemble des bénéficiaires ayant eu au moins une prestation de soins remboursée sur une période de trois années consécutives. Ce « Référentiel des bénéficiaires » a été construit par l'ORS Pays de la Loire à partir des tables annuelles des bénéficiaires consommateurs disponibles au sein du SNDS pour ces mêmes années. L'année de référence du dénominateur correspond à la dernière année de la période étudiée.

1. Dépistage du cancer du sein

Les femmes âgées de 50 à 75 ans (inclusion des 75 ans pour tenir compte du délai entre l'invitation à 74 ans et la réalisation du dépistage) ayant réalisé au moins un acte de mammographie sur 2 ans ont été incluses. Les codes d'actes retenus issus de la Classification commune des actes médicaux (CCAM) sont les suivants : QEQK004, QEQK001 et QEQK005.

2. Dépistage du cancer colorectal

Les personnes âgées de 50 à 74 ans ayant réalisé au moins un acte de dépistage du cancer colorectal (kit de dépistage ou coloscopie) sur 2 ans ont été incluses. Les codes de prestation

retenus sont le code 9434 pour l'acte de dépistage et les codes HHQE002, HHQE003, HHQE004, HHQE005 pour les actes de coloscopie.

3. Dépistage du cancer du col de l'utérus

Les femmes âgées de 25 à 64 ans ayant réalisé au moins un frottis sur 3 ans ont été incluses. Les codes d'actes retenus issus de la CCAM sont les suivants : JKQP001, JKQP008, JKQX001, JKQX008, JKQX015, JKQX027, JKQX147, JKQX426, JKQX261, JKQX347 (<https://www.aideaucodage.fr/ccam-jkqx008>). Les codes d'acte de biologie médicale retenus sont les codes : 13, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 4127, 4509. Les codes de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), retenus sont le code 55, associé à la nature de prestation 1341 (frottis réalisé par un anatomo-cytopathologiste/médecin).

Annexe 2 - Note méthodologique

Calcul du taux de recours standardisé

Les analyses des taux de recours aux soins portent sur les consultations, visites et actes exécutés (hors consultations externes) auprès des bénéficiaires tous régimes résidant en Normandie. Les personnes âgées de 20 à 64 ans ayant eu recours à des soins au cours de l'année 2021 ont été incluses. Le taux de recours aux gynécologues porte uniquement sur les femmes.

Les codes de spécialité médicale ou de nature d'activité retenus sont les suivants : spécialité médicale 1,22,23 pour les médecins généralistes ; nature d'activité 26 pour les masseurs-kinésithérapeutes de ville ; nature d'activité 19 ou spécialité médicale 53 ou 54 pour les chirurgiens-dentistes ; nature d'activité 24 et exclusion des auxiliaires médicaux salariés de praticiens libéraux (modes d'exercice 63) pour les infirmiers en secteur libéral (ou salariés d'un centre de santé (hors actes de laboratoire)) ; spécialité médicale 7,70,77,79 pour les gynécologues ; médicale 15 pour les ophtalmologues.

Le calcul de standardisation des taux de recours prend comme référence la structure par âge (de 20 à 64 ans et par tranches d'âge de 5 ans) et par sexe des consommateurs de l'année, résidant en France métropolitaine. Ces consommateurs sont extraits du « Référentiel des bénéficiaires » construit par l'ORS Pays de la Loire (cf. 2nd paragraphe de cette page).





ORS • CREAM NORMANDIE

CENTRE RESSOURCES SANTÉ, VULNÉRABILITÉS
& POLITIQUE DE LA VILLE

Réalisation :

Sylvie LE RÉTIF, Chargée d'études
Noémie LÉVÊQUE-MORLAIS, Chargée d'études
Annabelle YON, Directrice adjointe
Christelle MOULIÉ, Directrice technique et pédagogique

Directeurs de publication :

Françoise AUMONT, Présidente
Pascale DESPRÈS, Directrice générale

Réalisation

ORS-CREAM Normandie

Copyrights

© Adobe InDesign

ORS-CREAM Normandie

Espace Robert SCHUMAN • 3 place de l'Europe • 14 200 HÉROUVILLE-SAINT-CLAIR

02 31 75 15 20 • contact@orscreainormandie.org 

orscreainormandie.org