Questions d'économie de la Santé

n° 294 - Novembre 2024

Près de 7 % de la population a des limitations dans la vie quotidienne à la suite d'un trouble psychique, intellectuel ou cognitif

Maude Espagnacq, Camille Regaert (Irdes)

Le repérage des personnes avec des limitations psychiques, intellectuelles ou cognitives (Pic), présenté ici, est le résultat d'un indicateur construit à partir d'un algorithme issu des données de consommation de soins du Système national des données de santé (SNDS).

Les troubles psychiques sont définis comme des difficultés psycho-sociales avec des manifestations d'ordre émotionnel, relationnel et comportemental. Ils peuvent affecter la vie sociale et professionnelle. Les troubles intellectuels résultent d'une capacité réduite d'apprentissage, de compréhension et d'application de nouvelles compétences, qui conduit à un fonctionnement altéré des fonctions cognitives. Les troubles cognitifs se caractérisent par des facultés moindres dans un ou plusieurs domaines de la cognition. L'algorithme ne permet pas de distinguer les troubles intellectuels des troubles cognitifs.

En 2019, l'algorithme repère 4,5 millions de personnes ayant des troubles psychiques, intellectuels ou cognitifs conduisant à des limitations dans les activités de la vie quotidienne, soit 6,6 % de la population identifiée dans le SNDS. Cette population est en moyenne âgée de 55 ans, avec une grande différence selon le genre : un âge moyen de 59,6 ans pour les femmes et 49,8 ans pour les hommes. La majorité d'entre elles a des limitations à la suite d'un trouble psychique seul (2,8 millions) ou à la suite de troubles psychiques accompagnés de troubles intellectuels ou cognitifs (1,3 million), et seulement 266 000 du fait de troubles intellectuels ou cognitifs sans troubles psychiques associés. Au niveau géographique, les taux standardisés de limitations varient peu, de 4,9 % en Haute-Savoie à 8,3 % dans la Creuse. Mais même si la majorité des départements ont des taux similaires, le centre de la France et la Corse enregistrent les plus forts taux, tandis qu'ils sont plus faibles dans l'ouest de l'Ile-de-France, le Doubs et la Haute-Savoie. Cette cartographie inédite peut être un appui utile au service des politiques de santé et d'autonomie dédiées aux personnes atteintes de ces troubles.

En France, pour mettre en œuvre les politiques s'adressant aux personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie, les pouvoirs publics s'appuient sur plusieurs sources de données administratives (Espagnacq et Regaert, 2023) Ces sources de données, aussi mobilisées à des fins d'étude et de recherche[1], décrivent par construction les situations de personnes préalablement identifiées avec une reconnaissance de handicap ou de perte d'autonomie. L'originalité de

[1] La base de données inter-administrative des Etablissements et services médico-sociaux (ESMS) [BADIANE] produite par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) est un fichier à vocation d'études et de recherches, rassemblant des informations relatives au fonctionnement, à l'activité, au personnel et au public accueilli dans les structures médico-sociales.

cette étude est d'exploiter une autre source administrative, le Système national des données de santé (SNDS) pour étudier, à partir des consommations de soins, la prévalence de limitations. Cette approche présente l'avantage, comme les enquêtes, de ne pas dépendre d'une reconnaissance administrative *a priori*.

Le recours aux données administratives offre la possibilité d'éviter certains écueils propres aux enquêtes déclaratives (sous-déclaration, biais de mémoire, déni, anosognosie[2]...), d'avoir des données disponibles en continu, sur une longue période et quels que soient l'âge ou le lieu de vie. En revanche, contrairement aux enquêtes déclaratives, le SNDS inclut peu de données contextuelles et ne permet pas d'observer directement les limitations. Mais, à partir du détail de la consommation de soins, il permet de repérer les problèmes de santé s'accompagnant de limitations suffisamment importantes pour entraîner des répercussions sur les activités quotidiennes, comme pouvoir faire ses courses, gérer son quotidien, son budget, organiser sa journée… (encadré Méthode). Le SNDS ne permet pas d'identifier précisément la nature des limitations mais seule-

[2] Trouble neurologique caractérisé par la méconnaissance par le malade de la maladie dont il est atteint (https://dictionnaire.lerobert.com).

MÉTHODE

Constitution de l'algorithme

L'algorithme utilise des données du Système national des données de santé (SNDS) de 2012 à 2019 afin d'identifier les personnes susceptibles d'avoir des limitations dans leurs activités quotidiennes à la suite d'un trouble psychique, intellectuel ou cognitif (Pic). Il identifie, à partir de la consommation de soins sur l'ensemble des années, les individus ayant une limitation dans les activités quotidiennes. En effet, certaines pathologies repérées ont un caractère définitif sans pour autant être discernées tous les ans (par exemple, une hospitalisation informant d'un retard mental), et d'autres peuvent, à certaines périodes, ne pas avoir de conséquence sur la vie quotidienne (comme les troubles bipolaires). L'algorithme identifie ainsi chaque année les personnes avec un trouble ayant des conséquences sur les activités de la vie quotidienne. Ensuite, un chaînage est réalisé entre 2012 et 2019 pour repérer les individus concernés en 2019 (Espagnacq et Regaert, 2024).

Pour déterminer la nature du trouble, l'algorithme identifie des « traceurs », à partir de la consommation de soins et des informations disponibles dans les données du SNDS. Le code de la Classification internationale des maladies (Cim) est récupéré grâce aux motifs d'exonération (Affection de longue durée-ALD, longue maladie, accident du travail, maladie professionnelle) ou à partir de l'ensemble des motifs d'hospitalisation (en Médecine, chirurgie, obstétrique-MCO, Soins de suite ou de réadaptation-SSR, devenus Soins médicaux de réadaptation SMR depuis 2022, ou en psychiatrie). Ces codes Cim sont employés pour repérer des pathologies pouvant provoquer des troubles psychiques, intellectuels ou cognitifs. Ces troubles sont ensuite classés selon qu'ils aboutiront de manière certaine à une limitation dans les activités de la vie quotidienne (retard mental, syndrome de Down, schizophrénie, démence d'Alzheimer…) ou que, potentiellement, le trouble provoque une limitation dans les activités quotidiennes (hydrocéphalie, Sclérose en plaques-SEP, Accident vasculaire cérébral-AVC, dépression, troubles bipolaires, troubles addictifs…). Pour les troubles considérés comme impliquant « potentiellement » des limitations, d'autres traceurs sont recherchés dans la consommation de soins pour confirmer la présence d'une limitation dans les activités quotidiennes, comme une hospitalisation en psychiatrie, une cure pour des troubles addictifs, la délivrance de médicaments spécifiques, un suivi en rééducation d'orthophonie pour des troubles cognitifs ou intellectuels, ou dans l'origine des motifs d'exonération (longue maladie, pension d'invalidité, maladie professionnelle…). En outre, d'autres informations disponibles dans le SNDS sont également prises en compte : un tiers est remboursé car la personne est sous tutelle, la personne est suivie par un Etablissement ou service médico-social (ESMS), ou elle perçoit l'Allocation aux adultes handicapés (AAH). Ainsi, sur les 16 millions de personnes identifiées avec une pathologie pouvant engendrer des limitations à la suite d'un de ces troubles, 6,6 millions sont repérées avec effectivement une limitation provoquant des gênes dans l'activité de la vie quotidienne entre 2012 et 2019, et 4,5 millions en 2019.

Les limitations dans les activités de la vie quotidienne

La Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé (Cif) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2001) propose un schéma mettant en relation les liens entre les problèmes de santé, les déficiences, les restrictions d'activité et de participation sociale en lien avec les facteurs environnementaux et personnels des individus (Espagnacq et Regaert, 2024). Tous ces éléments pris ensemble identifient les situations de handicap. Les données du SNDS ne permettent pas d'avoir l'ensemble de ces éléments de contexte et de vie pour identifier les situations de handicap mais de repérer les problèmes de santé et les déficiences qui vont provoquer des limitations fonctionnelles, incluant les fonctions psychiques, mentales ou cognitives. Elles répondent ainsi à l'objectif de repérer les situations où ces limitations sont suffisamment importantes pour entraîner des répercussions sur les activités quotidiennes, comme pouvoir ses faire courses, gérer son quotidien, son budget, organiser sa journée…

Les personnes suivies en Etablissement ou services médico-sociaux (ESMS)

Le SNDS permet de repérer depuis 2021 une partie des personnes suivies par les ESMS. Il est quasi exhaustif pour les personnes en Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et, à terme, la qualité de l'information sur les établissements et services pour adultes et enfants s'améliorera et permettra de mieux les repérer. Pour autant, la sous-estimation due à cette non-exhaustivité n'impacte pas fortement le résultat global de l'algorithme car, d'une part, ces personnes sont en grande partie identifiées par leur consommation de soins (seule l'identification du lieu de vie manque) et, d'autre part, l'effectif total est relativement faible comparé à l'ensemble de la population. Les résultats présentés sont issus d'une analyse réalisée dans le SNDS en février 2024.

ment de déduire des consommations de soins les limitations que les personnes subissent. Les deux sources d'information sont donc complémentaires. En France, la première enquête dédiée aux personnes en situation de handicap – Handicaps, incapacités, dépendance (HID) – date de 1998 (Mormiche, 2003 ; Ravaud, 2002). La deuxième enquête de cette nature, l'enquête Handicap santé (HS-Bouvier, 2012), s'est déroulée en 2008, la prochaine – l'enquête Autonomie de 2022 – va bientôt être disponible (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 et leur coût. De plus, un point de fragilité demeure : 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 du département.

Le projet Réalisation d'identification des personnes en situation de handicap (Rish) a pour objectif d'identifier les personnes limitées dans leurs activités quotidiennes selon la nature de leurs troubles à partir des données de consommation de soins issues du SNDS. Quatre algorithmes sont développés : le premier identifiant les personnes avec des limitations dans les activités quotidiennes à la suite d'un trouble moteur ou organique, le deuxième identifiant les personnes limitées dans leurs activités quotidiennes à la suite d'un trouble psychique, intellectuel ou cognitif, le troisième portant sur les limitations à la suite de troubles de la vue et le dernier traitant des limitations à la suite de troubles auditifs. Un premier travail a déjà été mené sur les personnes présentant des limitations d'activité à la suite de troubles moteurs ou organiques (Espagnacq *et al.*, 2023a), deux rapports sur la construction des algorithmes ayant été publiés : l'un sur les troubles moteurs et organiques (Espagnacq *et al.*, 2023b) et l'autre sur les troubles psychiques, intellectuels ou cognitifs (Espagnacq et Regaert, 2024).

Les troubles psychiques désignent un ensemble de pathologies de causes et facteurs variés qui sont responsables de difficultés psycho-sociales, avec des manifestations d'ordre émotionnel, relationnel et comportemental. Ces manifestations peuvent affecter la vie sociale et professionnelle des personnes, même s'il existe une grande hétérogénéité dans la sévérité de leurs symptômes. Les troubles ayant un possible impact fonctionnel et désocialisant incluent généralement les troubles psychotiques, les troubles bipolaires, les dépressions persistantes, voire certains troubles de la personnalité et troubles addictifs. Les troubles intellectuels – qui apparaissent durant l'enfance – sont, pour leur part, le résultat d'une capacité réduite d'apprentissage, de compréhension d'une information nouvelle ou complexe et d'application de nouvelles compétences, qui conduit à un fonctionnement altéré de l'ensemble des fonctions cognitives. Les troubles cognitifs se caractérisent, quant à eux, par des facultés moindres dans un ou plusieurs domaines de la cognition. La cognition intègre par exemple l'attention, la mémoire, les fonctions visuo-spatiales (s'orienter, perception des objets...), le langage, les fonctions exécutives (planification, flexibilité, inhibition…).

Compte tenu des données utilisées, les troubles cognitifs et les troubles intellectuels ne peuvent pas être distingués (encadré Méthode). Les troubles psychiques font l'objet d'un repérage spécifique. Il est ainsi possible de distinguer trois catégories de population : les individus qui ont exclusivement des troubles psychiques, ceux qui ont uniquement des troubles cognitifs ou intellectuels et les personnes qui cumulent ces troubles. Ce cumul peut provenir de deux situations : soit la personne a deux troubles distincts (par exemple une hospitalisation en psychiatrie et une Affection de longue durée-ALD avec un code « retard mental » ; ou une personne hospitalisées pour des « troubles addictifs » et un « Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité-TDAH »), soit la personne a une pathologie identifiée qui peut provoquer à la fois un trouble psychique et un trouble intellectuel ou cognitif (comme les Troubles du spectre de l'autisme-TSA ou démences d'Alzheimer).

Des structures de populations par sexe et âge très différentes selon la nature des troubles

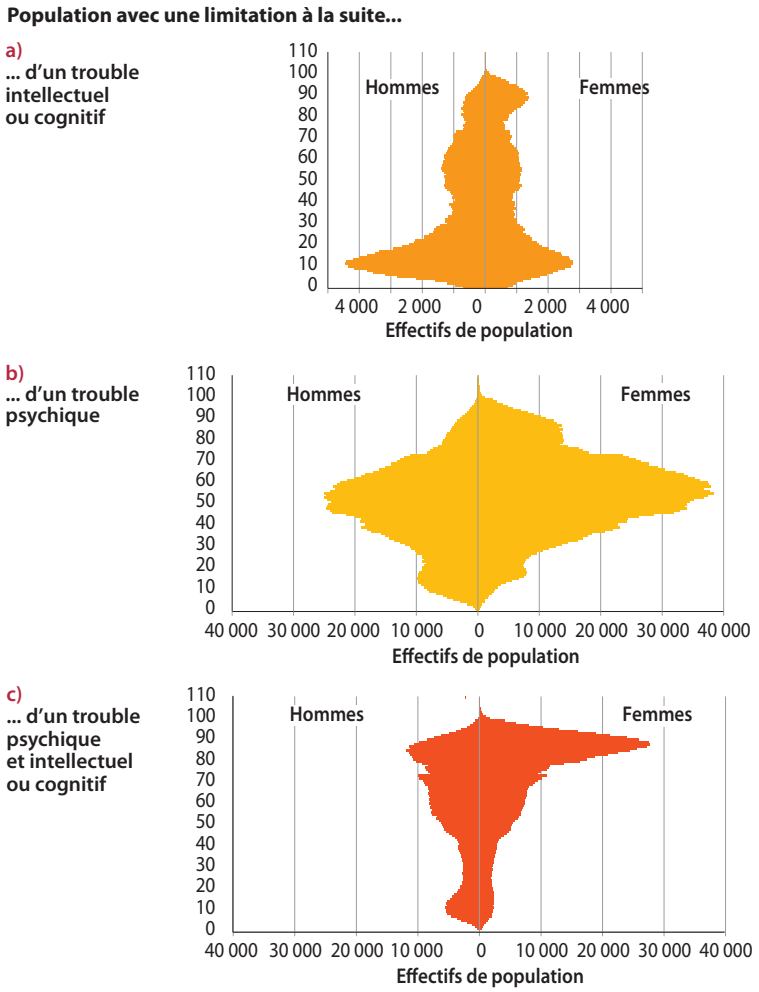
Selon l'algorithme, en 2019, 4,5 millions de personnes ont des limitations dans les activités de la vie quotidienne (encadré Méthode) à la suite d'un trouble psychique, intellectuel ou cognitif, soit 6,6 % de la population résidant en France. Le taux est plus important chez les femmes : 7,5 % contre 5,6 % chez les hommes. Chez les plus jeunes, cette situation est marginale mais légèrement plus fréquente chez les hommes : 3 % de la population masculine contre 1 % de la population féminine de moins de 15 ans. Une légère hausse est constatée aux âges adultes, un peu plus marquée chez les femmes. Ce n'est qu'aux très grands âges, en particulier chez

Repères

Cette étude, qui fait suite à celle déjà publiée sur les troubles moteurs et organiques, est réalisée dans le cadre du projet Rish : Réalisation d'identification des personnes en situation de handicap, à partir des données du Système national des données de santé (SNDS). Ce projet est lauréat de la vague 3 de l'Appel à manifestation d'intérêt (AMI) du Health Data Hub (HDH), permettant le financement des experts validant la partie médicale du projet.
Les algorithmes sont mis à disposition dans la Bibliothèque ouverte des algorithmes de santé (Boas) :
https://gitlab.com/healthdatahub/boas/irdes/rish

G1

Pyramides des âges de la population avec une limitation à la suite d'un trouble intellectuel ou cognitif (a), ou d'un trouble psychique (b), ou d'un trouble psychique et intellectuel ou cognitif (c), en 2019



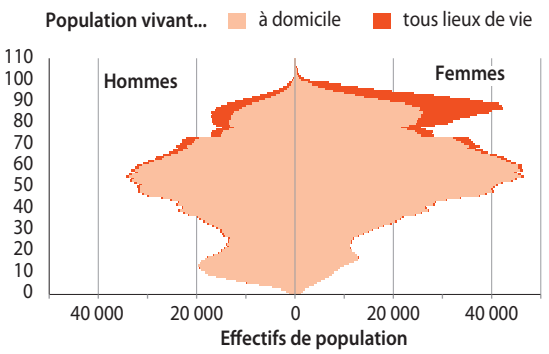
Champ : Personnes vivantes au 31 décembre 2019 (tous âges et tous lieux de vie), présentes dans le Système national des données de santé (SNDS-tous régimes).

Source : SNDS 2012-2019

Télécharger les données

G2

Pyramide des âges des personnes avec une limitation à la suite d'un trouble psychique, intellectuel ou cognitif au 31 décembre 2019, à domicile et tous lieux de vie



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

les femmes, que cette part augmente : 27 % de la population féminine de plus de 85 ans, contre 16 % de la population masculine. L'âge moyen des personnes atteintes de limitations à la suite d'un des trois troubles est différent selon le genre : 60 ans pour les femmes et 50 ans pour les hommes.

Les trois sous-populations (personnes avec exclusivement des troubles intellectuels ou cognitifs, exclusivement avec des troubles psychiques, et avec des troubles psychiques et intellectuels ou cognitifs) ont des structures par sexe et âge très différentes. Celles avec des troubles exclusivement intellectuels ou cognitifs sont moins nombreuses que les autres : moins de 300 000 personnes (graphique 1a). Elles ont en moyenne 50 ans, un quart a moins de 20 ans et la part des hommes atteint 57 %. Chez les plus jeunes, la population est plus souvent masculine, avec des troubles congénitaux, et chez les plus âgés, avec des maladies neurologiques spécifiques, sans trouble psychique associé. Les troubles exclusivement psychiques concernent l'effectif le plus important : 2,9 millions de personnes (graphique 1b), avec un âge moyen selon le genre peu différent et assez jeune : 49 ans pour les hommes et 52 ans pour les femmes. Chez les plus jeunes, la population est plus masculine. Si le taux de limitations dû à un trouble psychique est plus fort chez les jeunes hommes avant 20 ans, la situation s'inverse par la suite. Quel que soit le genre, le taux de personnes concernées par une limitation à la suite d'un trouble psychique augmente fortement mais avec une pente plus importante chez les femmes (Espagnacq et Regaert, 2024). Enfin, la population de personnes avec des troubles à la fois psychiques et intellectuels ou cognitifs est composée de 1,3 million de personnes. L'âge moyen est de 61 ans pour les hommes et de 70 ans pour les femmes, avec une population plus masculine aux jeunes âges et très fortement féminine aux grands âges (graphique 1c).

Dès 35 ans, les femmes sont davantage touchées par des limitations à la suite de troubles psychiques

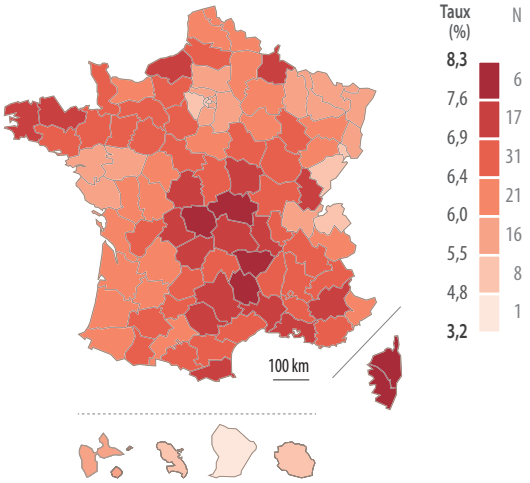
Les hommes sont plus affectés par les troubles exclusivement intellectuels ou cognitifs, surtout les jeunes. En revanche, la part des femmes concernées par les troubles exclusivement psychiques ou psychiques et intellectuels ou cognitifs est plus importante : 61 % pour les premiers et 57 % pour les seconds. Pour les troubles exclusivement psychiques, ce taux plus important chez les femmes commence à 35 ans alors que pour les troubles psychiques et intellectuels ou cognitifs, cette part plus importante est bien plus tardive, après 75 ans. De plus, comme le montre le graphique 2, à domicile, cet écart selon le genre existe également, mais se creuse aux grands âges lorsque la proportion de personnes en établissement augmente. En raison de la mortalité différentielle entre les hommes et les femmes, les hommes âgés ont une probabilité moins forte d'être veufs à âge équivalent, et donc de vivre seuls. Cette situation limite leur risque de mise en institution. Inversement, les femmes du même âge sont plus souvent veuves et vivent seules, ce qui augmente leur risque de placement en institution en cas de troubles cognitifs. Cette situation explique la part importante des femmes âgées en institution repérée avec un de ces troubles : au-delà de 80 ans, elles sont pour la moitié en institution, contre un tiers des hommes (graphique 2).

Des taux de limitations à la suite de troubles psychiques, intellectuels ou cognitifs plus élevés dans le centre de la France et en Corse, et faibles dans l'ouest de l'Île-de-France, dans le Doubs et en Haute-Savoie

La structure par âge au sein des départements étant différente, les taux de limitations fonctionnelles sont standardisés afin de permettre la comparaison (cartes 1 à 3). Cette standardisation a été faite à partir de la structure moyenne de la population française incluant tous les départements français, les départements d'Outre-mer compris, à l'exception de Mayotte en raison de données incomplètes. En France métropolitaine, la variation des taux de limitations standardisés à la suite de troubles psychiques, intellectuels ou cognitifs varie de 4,9 % pour la Haute-Savoie à 8,3 % pour la Creuse. La majorité des départements ont des taux de limitations assez similaires, en effet, moins de dix départements ont des taux de limitations standardisés très au-dessus la moyenne et la même proportion très en-dessous. En revanche, une continuité territoriale est constatée en métropole, avec un centre de la France très marqué par ces limitations (Creuse, Lozère, Haute-Loire...), et les départements avoisinants avec des taux élevés mais moins importants, allant vers la Bretagne et une partie de la Normandie (carte 1). Les taux sont également très élevés

C1

Taux standardisés de limitations à la suite d'un trouble psychique, intellectuel ou cognitif selon les départements français en 2019



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 intra-classes et en maximisant la variance interclasses.

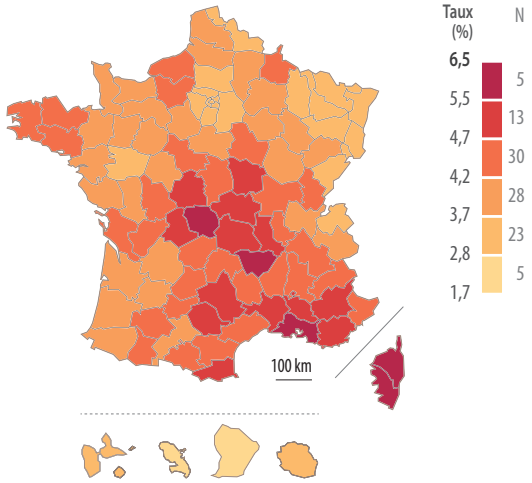
Champ : Personnes vivantes au 31 décembre 2019 (tous âges et tous lieux de vie), présentes dans le Système national des données de santé (SNDS-tous régimes).

Source : SNDS 2012-2019.

Télécharger les données

C2

Taux standardisés de limitations à la suite de troubles psychiques selon les départements français en 2019



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 intra-classes et en maximisant la variance interclasses.

Champ : Personnes ayant des limitations à la suite d'un trouble exclusivement psychique, sans trouble intellectuel ou cognitif, vivantes au 31 décembre 2019 (tous âges et tous lieux de vie) et présentes dans le Système national des données de santé (SNDS-tous régimes).

Source : SNDS 2012-2019.

Télécharger les données

en Corse. Inversement, les taux les plus faibles sont situés dans l'ouest de l'Ile-de-France, dans le Doubs et la Haute-Savoie.

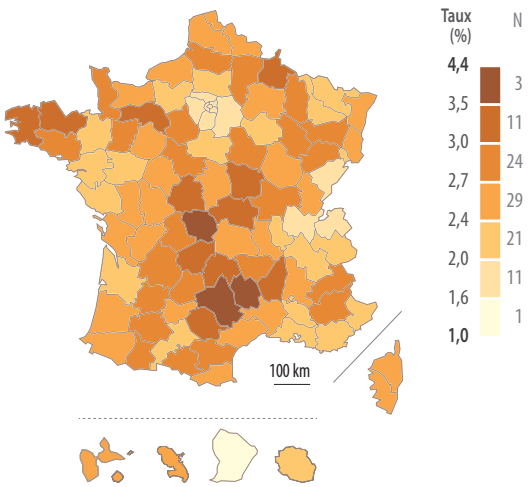
Compte tenu des effectifs, les troubles exclusivement cognitifs ou intellectuels ont été pris en compte avec les troubles psychiques et intellectuels ou cognitifs (carte 3). Certains départements apparaissent affectés spécifiquement par les limitations à la suite d'un trouble impliquant une déficience cognitive ou intellectuelle (associée ou non à un trouble psychique) comme l'Aveyron et la Lozère. D'autres sont plus concernés par les limitations à la suite de troubles exclusivement psychiques (carte 2) : la Corse ou les Bouches du Rhône. La Creuse est, pour sa part, concernée par les deux catégories de troubles. Les Ardennes et le centre de la France sont également dans une situation de cumul de troubles, c'est-à-dire que ces départements ont des taux au-dessus de la moyenne pour les deux catégories de troubles, sans être parmi les plus importants dans chaque catégorie. Pris en compte conjointement, le cumul de ces troubles explique les taux standardisés forts (carte 1).

L'Aveyron, l'Indre et la Creuse marqués par les limitations avant 20 ans

Les taux de limitation évoluent fortement avec l'âge, passant en moyenne au niveau national de 2,5 % avant 20 ans à 6 % entre 20 et 59 ans, puis à 9 % entre 60 et 79 ans, et à 20 % au-delà de 80 ans. Des différences territoriales sont visibles dès le plus jeune âge (cartes 4 p. 7), avec des taux variant de 1,2 % dans le territoire de Belfort à 5,6 % dans la Creuse. Trois départements ont des taux supérieurs à 5 %, l'Aveyron, l'Indre et la Creuse. Pour les personnes de 20 à 59 ans, quatre départements ont des taux supérieurs à 8 % : la Corse, l'Allier, la Haute-Loire et la Creuse. Entre 60 et 79 ans, le centre de la France représente toujours des départements avec des taux plutôt forts, mais les taux les plus élevés sont plus au sud : Bouches-du-Rhône et Corse. Au-delà de 80 ans, le centre de la France concentre les départements avec des taux élevés, ainsi que le nord de la Bretagne. Chez les moins de 60 ans, les départements plutôt épargnés par les limitations sont les départements de l'Ile-de-France et de la Haute-Savoie. Au-delà de 60 ans, les départements avec les taux les plus faibles se situent plus dans l'est de la France et l'Ile-de-France n'est pas particulièrement épargnée.

C3

Taux standardisé de limitations à la suite de troubles intellectuels ou cognitifs, selon les départements français en 2019



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 intra-classes et en maximisant la variance interclasses.

Champ : Personnes ayant des limitations à la suite d'un trouble intellectuel ou cognitif, accompagné ou non d'un trouble psychique, vivantes au 31 décembre 2019 (tous âges et tous lieux de vie) et présentes dans le Système national des données de santé (SNDS-tous régimes).

Source : SNDS 2012-2019.

Télécharger les données

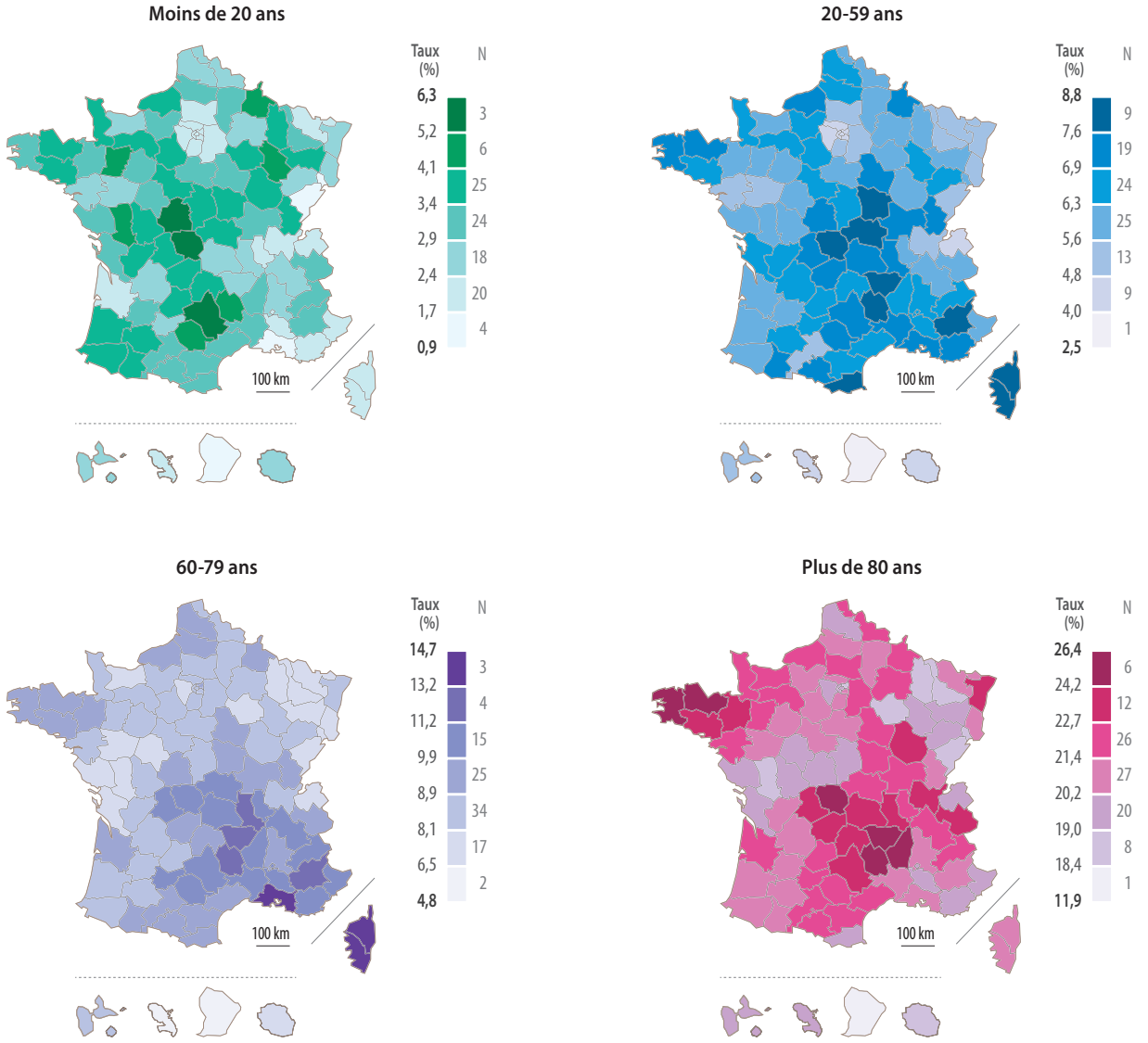
Une possible sous-estimation du repérage dans les départements ultramarins, en particulier pour les troubles psychiques

La Guyane a des taux de limitations très en dessous de la moyenne nationale, situation certainement due à un sous-repérage des limitations avec les données de l'algorithme. Ce sous-repérage pourrait s'expliquer par une offre de soins plus limitée, conduisant à moins de recours. Pour les autres départements d'Outre-mer, les taux de limitations à la suite d'un trouble psychique, intellectuel ou cognitif sont aussi inférieurs à la moyenne de la métropole mais de façon bien moins marquée (carte 2). Ces taux moins importants semblent dus à des taux de limitations à la suite d'un trouble exclusivement psychique plus faible (carte 2), notamment en Martinique, alors que les taux de limitations à la suite de troubles intellectuels ou cognitifs (ou psychiques et intellectuels ou cognitifs) sont dans la moyenne nationale (carte 3).

Si la grande majorité des départements français a des taux de limitations proches, cette étude met en lumière la spécificité de certains départements. Les disparités peuvent provenir de taux de limitations forts à certains âges ou selon la nature des troubles. Certains départements sont marqués par des troubles dès le plus jeune âge qui perdurent avec l'avancée en âge, avec des niveaux élevés quelle que soit la nature du trouble, comme la Creuse et la Haute-Loire. D'autres départements ont des taux de limitations importants à la suite de troubles psychiques, comme la Corse et les Bouches-du-Rhône. Pour d'autres départements, la spécificité semble provenir de taux forts aux grands âges, comme le nord de la Bretagne ou le sud du centre de la France. L'algorithme permet aussi d'identifier les départements plutôt épargnés par les limitations à la suite de ces troubles, comme l'Ile-de-France avant 60 ans et la Haute-Savoie à tous les âges de la vie. Ces

C4

Taux de limitations à la suite d'un trouble psychique, intellectuel ou cognitif selon l'âge et les départements français en 2019



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 intra-classes 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

départements paraissent moins marqués par les limitations incluant un trouble intellectuel ou cognitif. Ces résultats offrent le moyen de cibler les départements abritant des populations plus fragiles. De plus, en les mettant en regard des résultats déjà présentés sur les disparités territoriales concernant les taux de limitations à la suite de troubles moteurs et organiques (Espagnacq *et al.*, 2023a), il sera possible de cartographier les départements qui ont des spécificités selon la nature du trouble et ceux qui cumulent les limitations.

* * *

Les disparités d'accès aux soins et la présence d'établissements médico-sociaux peuvent légèrement influencer le taux de limitations dans les départements. Dans certains d'entre eux, les taux d'équipements sont très supérieurs à la moyenne nationale, comme en Lozère ou dans la Creuse (Drees, Injep, 2021). Pour autant, le suivi par un ESMS est un traceur d'identification pour moins de 100 000 personnes dans l'algorithme. Effectivement, les principaux traceurs d'identification dans le SNDS sont peu sensibles aux disparités territoriales : les motifs d'exonération, les délivrances de médicaments et les motifs d'hospitalisation (Espagnacq et Regaert, 2024).

L'algorithme développé comporte des biais inhérents à la source de données : elle ne permet le repérage que si la personne consomme des soins pris en charge par l'Assurance maladie. Ces éléments impliquent certainement une sous-estimation des personnes avec des troubles intellectuels ou cognitifs qui se développent dans l'enfance. Pour ces populations, le repérage des adultes est certainement moins bon. En effet, certains diagnostics sont récents : les Troubles du spectre de l'autisme (TSA) sont diagnostiqués par le DMS-V depuis 2013 (précédemment diagnosticable avec la Cim en 1993 avec le code du Trouble envahissant du développement-TED). De la même manière, les critères diagnostics du Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) sont définis pour la première fois dans le DSM-III en 1980 (Ponnou, 2022). Ainsi, les personnes les plus âgées n'ayant pas été diagnostiquées durant leur enfance ne peuvent être repérées. De plus, les troubles intellectuels ou cognitifs étant principalement pris en charge par le secteur médico-social ne sont pas toujours clairement identifiés dans les données du SNDS (encadré Méthode). Par exemple, 15 % des personnes identifiées en Institut médico-éducatif (IME) dans le SNDS n'ont pas d'autre traceur que ce suivi dans leur consommation de soins. Ainsi, les personnes qui ne sont plus dans ces structures après 2019 et qui n'ont pas de traceur spécifique ne sont pas repérées. Les données des ESMS étant de mieux en mieux remontées, le repérage sera de plus en plus complet et un historique de suivi pourra être mis en place afin de conserver l'information d'un passage dans un ESMS même lorsque la personne en est sortie. Les données des MDPH doivent également être intégrées à court terme dans le SNDS, ce qui permettra d'identifier les personnes moins bien repérées par la consommation de soins et de faire évoluer l'algorithme. Ce biais est cependant minime, car les personnes adultes à l'AAH, percevant une pension d'invalidité, sous tutelle et suivies par les ESMS, sont déjà prises en compte dans l'algorithme (Espagnacq et Regaert, 2024).

Lorsque les données seront disponibles, il sera également possible d'observer et d'affiner la sensibilité et la spécificité de l'algorithme en comparant les résultats aux données déclaratives, comme celles de l'enquête Autonomie. En effet, un travail préliminaire de comparaison des résultats avec les données de l'enquête VQS non appariée au SNDS montre que les effectifs globaux dans les deux sources sont comparables, mais il semblerait qu'il y ait une sous-déclaration des troubles psychiques dans l'enquête VQS et une moins bonne identification des troubles cognitifs du grand âge avec l'algorithme (Espagnacq et Regaert, 2024). Il est probable que certains diagnostics de maladies neurovégétatives n'aboutissent pas à une mise en ALD ou qu'aucune rééducation ne soit effectuée, notamment pour les personnes très âgées polypathologiques demeurant à domicile, ce qui provoque une moins bonne identification par l'algorithme. Ce travail sera poursuivi sur les données d'enquêtes appariées au SNDS (VQS et Autonomie), ce qui permettra d'analyser conjointement les écarts entre les résultats de l'algorithme et ceux issus du déclaratif. Une autre comparaison sera menée avec l'enquête Prestation de compensation du handicap : exécution dans la durée et reste à charge (Phedre), appariée aux données du SNDS de 2012 à 2022, ce qui permettra d'enrichir les résultats présentés ici. ♦

Les autrices remercient l'ensemble des experts qui ont participé à la première étape du projet lors de la phase de faisabilité et ceux qui poursuivent le travail de validation et de codage des algorithmes :
- Dr Adrien Contejean, *hématologue* ;
- Dr Bénédicte Defontaines, *neurologue* ;
- Dr Pierre Frey, *cardiologue* ;
- Georges Lachaze, *formateur sur la réduction des risques liés aux usages de drogues* ;
- Sébastien Lazzarotto, *orthophoniste* ;
- Dr Jonathan Levy, *médecin de médecine physique et de réadaptation* ;
- Dr Alain Morel, *psychiatre-addictologue* ;
- Dr Sylvie Trémillon, *psychiatre*.

Pour en savoir plus

- Bouvier G. (2012). « Les faux négatifs du volet ménage de l'enquête Handicap-Santé 2008. Institutions ». http://www.jms-insee.fr/2012/S16_5_ACTE_BOUVIER_JMS2012.PDF
- Drees, Injep (2021). *Panorama Statistique/Jeunesse/Sport/Cohésion sociale* : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/panorama/panorama2020/pdf/panorama2020.pdf
- Espagnacq M., Regaert C. (2024).« Faisabilité d'identification des personnes à risque de handicap (Fish) à partir des données du Système national des données de santé (SNDS). Méthodes et résultats de l'algorithme sur les troubles psychiques, intelletuels ou cognitifs ». Irdes, Rapport, n° 592, septembre.
- Espagnacq M., Sermet C., Regaert C., Daniel F. (2023a). « Des disparités de limitations motrices ou organiques importantes entre les départements ». Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n° 276, mars.
- Espagnacq M., Sermet C. Regaert C., Daniel F. et Potdevin M. (2023b). « 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 ou organiques. » Irdes, Rapport, n° 587, avril.
- Mormiche P. (2003). « L'enquête Handicaps, incapacités, dépendance : apports et limites ». *Revue française des affaires sociales*, n° 1-2, p. 11-29.
- Ponnou S. (2022). « Prévalence, diagnostic et médication de l'hyperactivité/TDAH en France ». *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique, Prévalence*, vol. 180, n° 10.
- 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.
- Rey M. (2023). « En France, une personne sur sept de 15 ans ou plus est handicapée, en 2021 ». Drees, *Etudes et résultats*, n° 1 254.

IRDES Institut de recherche et documentation en économie de la santé • 21, rue des Ardennes 75019 Paris • Tél. : 01 53 93 43 02 • www.irdes.fr • Email : publications@irdes.fr •

Directeur de la publication : Denis Raynaud • **Éditrice :** Anne Evans • **Éditrice adjointe** : Anna Marek • **Relectrices** : Coralie Gandré et Véronique Lucas-Gabrielli • **Infographiste** : Franck-Séverin Clérembault • **Assistant à la mise en page** : Damien Le Torrec • **Imprimeur** : Addax (Montreuil, 93) • **Dépôt légal** : Novembre 2024 • **Diffusion** : Rouguiyatou Ndoye • **ISSN** : 1283-4769 (papier), 2498-0803 (PDF).