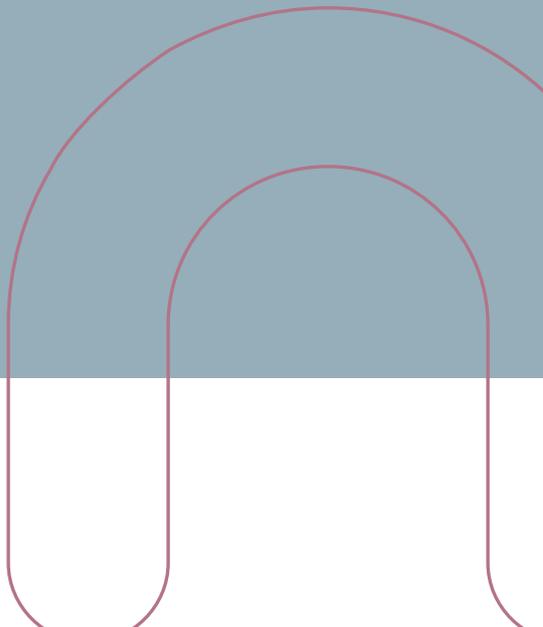
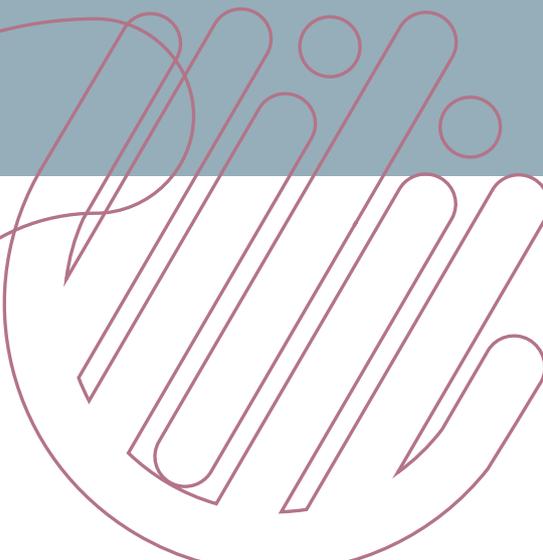




Accès aux dépistages des cancers des personnes en situation de handicap dans les départements du Val d'Oise, de la Vienne, de l'Hérault et d'Indre et Loire



S

Cette étude initiée par l'ANCREAI, a été réalisée dans le cadre d'un projet soutenu par la Firah et l'INCa et coordonné par l'ANCREAI et le CRCDC de Nouvelle-Aquitaine, avec les contributions de :

- ▮ Claire CHERBONNET, Céline LECLERC (ORS Centre-Val de Loire)*
- ▮ Catherine EMBERSIN-KYPRIANOU, Khadim NDIAYE (ORS Île-de-France)*
- ▮ Julien GIRAUD, Mélanie PUBERT (ORS Nouvelle-Aquitaine)*
- ▮ Inca RUIZ (Creai-ORS Occitanie)*

Accès aux dépistages des cancers des personnes en situation de handicap dans les départements du Val d'Oise, de la Vienne, de l'Hérault et d'Indre et Loire

- Cancers du sein, du col de l'utérus et colorectal - *Résultats de l'exploitation des données du SNDS*

A. CONTEXTE ET OBJECTIF

De nombreuses études ont mis en avant les difficultés d'accès au système de soins pour les personnes en situation de handicap. Certaines études ont également montré les effets délétères de ces difficultés sur la santé de ces personnes avec l'avancée en âge.

La Fédération des Centres Régionaux d'Etudes d'Actions et d'Informations, en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (Ancreai) a initié une recherche sur « la prévention des cancers pour les personnes handicapées vieillissantes : promouvoir et accompagner le dépistage », dans quatre départements (Val-d'Oise, Vienne, Hérault, Indre-et-Loire). Ce travail est réalisé en partenariat avec les centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC) et les Observatoires régionaux de la santé (ORS) des régions concernées, avec des financements de l'Institut national du cancer (Inca), de la Fondation internationale de la recherche appliquée sur le handicap (Firah), de l'Opérateur de compétences (Opc) Santé et des Agences régionales de santé (ARS) des régions concernées.

Les ORS ont été sollicités par l'Ancreai et les Creai des quatre régions concernées par la présente étude pour éclairer l'accès au dépistage organisé des cancers du sein et du cancer colorectal ainsi que l'accès au dépistage du cancer du col de l'utérus des personnes en situation de handicap.

B. MÉTHODOLOGIE

1. Source des données

Les ORS bénéficient d'un accès permanent au Système national des données de santé (SNDS) qui 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), ainsi que les informations issues des remboursements effectués par l'ensemble des régimes d'assurance maladie pour les soins du secteur libéral (via le Système national d'information inter Régimes de l'Assurance maladie (Sniiram)).

2. Population d'étude

a. Définition et prévalence du handicap

En France, la définition légale du handicap, posée par la loi de 2005, désigne « 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 ».

Le handicap représente ainsi une notion multidimensionnelle complexe, regroupant les limitations fonctionnelles, les restrictions d'activité, le ressenti d'un handicap, le besoin d'aide, la reconnaissance administrative, le bénéfice d'une prestation, etc. Une analyse¹ issue de la dernière enquête sur le handicap disponible pour l'ensemble de la population, Handicap Santé 2008-2009, avait ainsi comptabilisé différentes notions de handicap parmi les personnes de 15-60 ans vivant à domicile :

- 2 750 000 déclaraient une limitation fonctionnelle : déclarer beaucoup de difficultés pour une fonction physique (marcher, entendre, voir...) ou plusieurs fonctions cognitives (se souvenir à quel moment de la journée on est...) ;
- 2 050 000 avaient un ressenti de handicap : avoir répondu « oui, fortement » à l'indicateur GALI² ;
- 2 450 000 avaient une reconnaissance administrative d'un handicap : allocation (AAH, ACT, ...), RQTH, orientation MDPH vers une structure d'accueil ;
- 730 000 personnes avaient à la fois une limitation fonctionnelle, un ressenti de handicap et une reconnaissance administrative (« noyau dur » du handicap) ;
- 4 600 000 avaient une limitation fonctionnelle ou un ressenti de handicap ou une reconnaissance administrative (population « à risque ») ;
- 5 600 000 avaient une limitation fonctionnelle ou un ressenti de handicap ou une reconnaissance administrative ou une limitation dans les activités du quotidien (appelées aussi restrictions d'activité).

Par conséquent le choix d'une définition du handicap impacte considérablement les processus d'identification de la population concernée et les taux de prévalence du handicap. L'hétérogénéité des modes de dénombrement des personnes en situation de handicap rend, de fait, difficile l'exercice de repérage et de quantification des personnes handicapées dans cette présente analyse.

b. Repérage du handicap 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 d'une part, comme nous l'avons vu, parce qu'il renvoie à des situations complexes difficiles à mesurer, et d'autre part, car le contenu de ces bases ne permet pas d'appréhender les situations de handicap ou d'incapacité qui font l'objet d'une prise en charge.

¹ ZAKRI M. Les différentes mesures pour comptabiliser le nombre de personnes handicapées, Journée handicap, CRIES Île-de-France, 2 avril 2019.

² Êtes-vous limité(e) depuis au moins 6 mois en raison d'un handicap ou d'un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement ?

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). Dans les bases de l'Assurance maladie, ces bénéficiaires sont identifiés à partir des codes petits régimes 180, 181 et 188 du régime général. Seuls les assurés ont été retenus dans notre population d'étude (une personne avec un code petit régime AAH n'étant pas forcément handicapée mais peut être un ayant droit).

Pour ce faire, nous avons utilisé le top AAH (égal à 1 lorsque les conditions ci-dessus sont remplies) présent dans une table contenant l'ensemble des bénéficiaires ayant eu au moins une prestation de soins remboursée sur une période de trois années consécutives allant de 2017 à 2019. Ce « Référentiel des bénéficiaires » a été construit par l'ORS Pays de la Loire à partir des tables annuelles des bénéficiaires consommants disponibles au sein du SNDS pour ces mêmes années. Ce référentiel a été exploité pour extraire notre population d'étude aussi bien au numérateur qu'au dénominateur afin de calculer les taux de réalisation des actes de dépistage chez les allocataires de l'AAH et en population générale.

c. Limites de l'approche *via* l'AAH

Si l'identification des bénéficiaires de l'AAH est précieuse pour une première approche du handicap dans les bases du SNDS, elle a la grande limite de repérer uniquement les personnes ayant une reconnaissance administrative de leur handicap et donnant droit à cette allocation. Versée par les Caisses d'allocations familiales (Caf) ou les mutualités sociales agricoles (MSA), l'AAH est attribuée selon des critères d'incapacité, d'âge, de résidence et de ressources :

- Pour être éligible à l'AAH, le taux d'incapacité doit être 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. Ainsi, l'AAH ne peut être perçue à l'âge de la retraite que sous certaines conditions : seules les personnes ayant un taux d'incapacité d'au minimum 80 % continueront à percevoir l'AAH, en complément de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa), si son montant est inférieur à celui de l'AAH. Pour les personnes ayant un taux inférieur à 80 %, l'AAH sera remplacée par l'Aspa ;
- L'AAH est également attribuée sur des critères de ressources dont le plafond pour le bénéficiaire est égal au montant de l'AAH, soit 860 euros par mois en 2019 majoré selon la situation familiale du bénéficiaire (marié ou non, avec enfants à charge ou non).

Enfin, seules les personnes ayant des droits à l'Assurance maladie ouverts au titre de l'AAH sont repérables dans le SNDS. Il s'agit donc de personnes qui n'ont pas d'activité professionnelle en milieu ordinaire (les personnes exerçant une activité professionnelle en milieu protégé dans un établissement et service d'aide par le travail – Esat – sont repérables).

3. Définition des indicateurs

Concernant le dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus, les analyses portent sur la réalisation des actes de dépistage réalisés à la fois en ville et en milieu hospitalier lors des consultations externes.

Les taux sont présentés par groupe d'âges :

- Décennaux pour le cancer du col de l'utérus ;
- De 50 à 62 ans et de 63 à 74 ans pour les cancers du sein et colorectal, car c'est au-delà de 62 ans qu'il y a un décrochage du nombre de bénéficiaires de l'AAH lié au départ à la retraite. Toutefois, les effectifs des bénéficiaires de l'AAH de 63-74 ans s'avérant très faibles, des comparaisons entre les groupes d'âges n'ont pu être réalisées.

Ainsi, cette première approche a pour objectifs d'estimer le recours au dépistage pour les différentes localisations de cancers (sein, colorectal, col de l'utérus) des personnes bénéficiaires de l'AAH et de comparer ces recours avec ceux de la population générale dans les quatre départements étudiés.

a. Dépistage du cancer du sein

Dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer du sein, les CRCDC envoient, tous les deux ans, un courrier d'invitation personnalisé aux femmes âgées de 50 à 74 ans à risque moyen, c'est-à-dire sans symptôme apparent ni facteur de risque particulier.

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) résidant dans les territoires d'étude et ayant réalisé au moins un acte de mammographie au cours des années 2018 et 2019 ont été incluses. Les codes d'actes retenus issus de la Classification commune des actes médicaux (CCAM) sont les suivants : QEQK004, QEQK001 et QEQK005. Afin d'isoler les actes liés au dépistage organisé, les analyses ont également été réalisées sur le seul code acte QEQK004.

b. Dépistage du cancer colorectal

Dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal, les CRCDC envoient, tous les deux ans, un courrier d'invitation personnalisé aux personnes âgées de 50 à 74 ans sans facteur de risque individuel.

Les personnes âgées de 50 à 74 ans résidant dans les territoires d'étude et ayant réalisé au moins un acte de dépistage du cancer colorectal au cours des années 2018 et 2019 ont été incluses. Le code de prestation de l'acte de dépistage retenu est le code 9434.

c. Dépistage du cancer du col de l'utérus

Le test de dépistage du cancer du col de l'utérus est réalisé par examen cytologique ou examen des cellules prélevées lors du frottis. Il est recommandé à toutes les femmes âgées de 25 à 64 ans dans un intervalle de 3 ans.

Les femmes âgées de 25 à 64 ans résidant dans les territoires d'étude et ayant réalisé au moins un frottis au cours des années 2017 à 2019 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>). Le code d'acte de biologie médicale retenu est le code : 13 - Diagnostic cytopathologique gynécologique.

C. RÉSULTATS

1. Recours au dépistage du cancer du sein

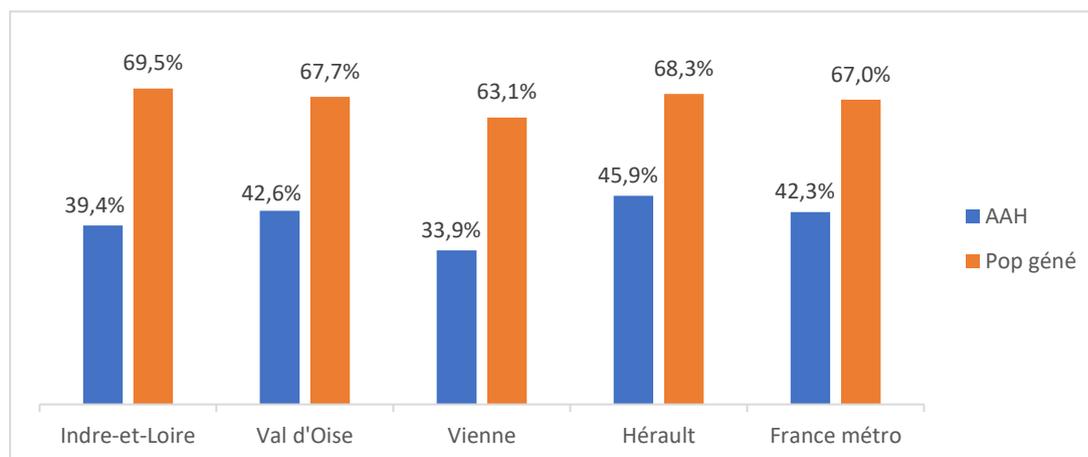
Quel que soit le département de l'étude, le taux de recours aux actes de dépistage du cancer du sein des allocataires de l'AAH est très inférieur à celui observé en population générale (Figure 1). Cette différence est de près de 25 points en France métropolitaine (67 % Vs 42 %).

Les écarts maximums sont les plus importants en Indre-et-Loire et dans le département de la Vienne (30 points de différence) tandis que cette différence est moins élevée dans le département de l'Hérault (22 points d'écart).

C'est dans le département de la Vienne que le recours aux actes de dépistage des allocataires de l'AAH est le moins élevé avec seulement un tiers environ de personnes ayant réalisé une mammographie, que ce soit ou non dans le cadre du dépistage organisé.

Parmi les départements concernés par l'étude, seul celui de l'Hérault présente un taux de réalisation d'une mammographie de dépistage chez les allocataires de l'AAH supérieur à celui de France métropolitaine (45,9 % Vs 42,3 %). Le taux du Val-d'Oise est très proche du taux national tandis que ceux de l'Indre-et-Loire et de la Vienne sont inférieurs de respectivement 3 et 8 points.

Figure 1 : Taux de réalisation d'un acte de dépistage du cancer du sein chez les allocataires de l'AAH et en population générale* (%)



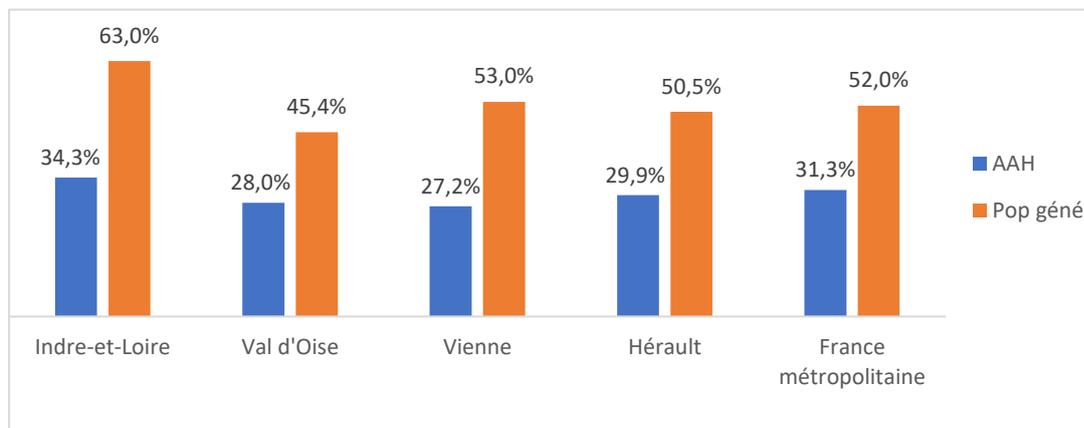
Source : SNDS – Extraction avril 2021

Réalisation : ORS

* Années 2018-2019. Dépistage organisé et individuel.

En sélectionnant uniquement le code acte correspondant au dépistage organisé, le constat reste identique s'agissant d'une moindre participation des allocataires de l'AAH comparativement à la population générale (Figure 2) mais les écarts sont légèrement réduits entre les deux populations qu'avec l'ensemble des 3 codes actes : un peu plus de 20 points en France métropolitaine. De même, les taux observés selon les départements sont plus homogènes concernant les allocataires de l'AAH.

Figure 2 : Taux de réalisation d'un acte de dépistage du cancer du sein (acte Do uniquement) chez les allocataires de l'AAH et en population générale* (%)



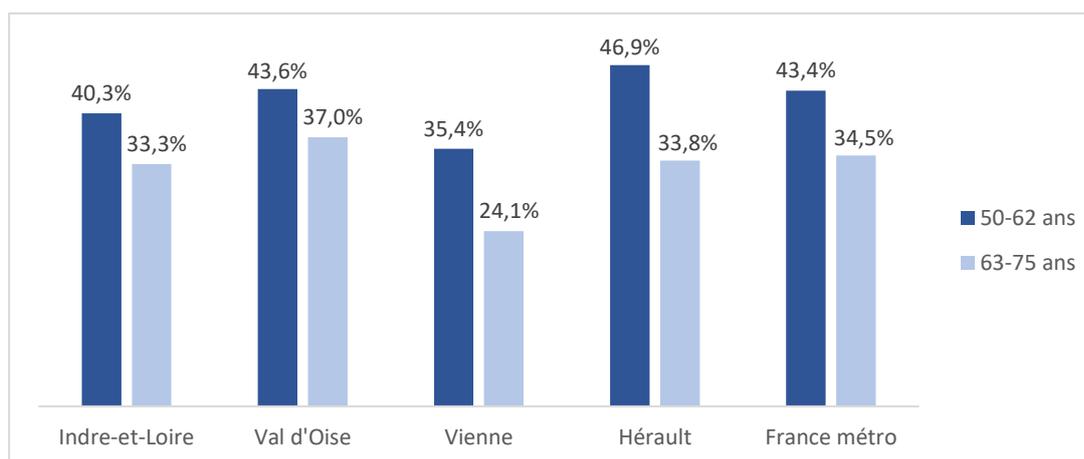
Source : SNDS – Extraction avril 2021

Réalisation : ORS

* Années 2018-2019. Dépistage organisé

Si en population générale les écarts de recours à une mammographie de dépistage sont faibles entre les deux classes d'âges étudiées (50-62 ans et 63-75 ans), ces écarts sont très marqués chez les allocataires de l'AAH quel que soit le département, à la défaveur des personnes de 63-75 ans (Figure 3). Toutefois, les effectifs des bénéficiaires de l'AAH étant bien plus faibles après 62 ans et ne concernant que la population lourdement handicapée, la comparaison entre les classes d'âges ne peut être prise en compte en tant que telle.

Figure 3 : Taux de réalisation selon l'âge d'un acte de dépistage du cancer du sein chez les allocataires de l'AAH* (%)



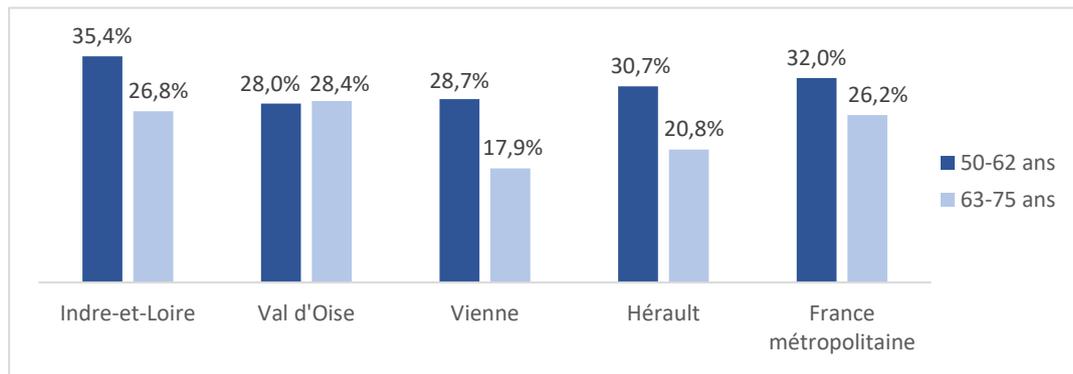
Source : SNDS – Extraction avril 2021

Réalisation : ORS

* Années 2018-2019. Dépistage organisé et individuel.

En ne retenant que le code acte correspondant aux mammographies réalisées dans le cadre du dépistage organisé (Figure 4) les écarts entre les 2 tranches d'âges étudiées sont moindres. Dans le département du Val-d'Oise, le taux de recours à une mammographie dans le cadre du dépistage organisé est même très légèrement supérieur chez les 63 à 75 ans que chez les 50 à 62 ans. Comme indiqué précédemment les effectifs des bénéficiaires de l'AAH étant bien plus faibles après 62 ans et ne concernant que la population lourdement handicapée, la comparaison entre les classes d'âges est cependant très fragile.

Figure 4 : Taux de réalisation selon l'âge d'un acte de dépistage du cancer du sein (acte Do uniquement) chez les allocataires de l'AAH* (%)



Source : SNDS – Extraction avril 2021

Réalisation : ORS

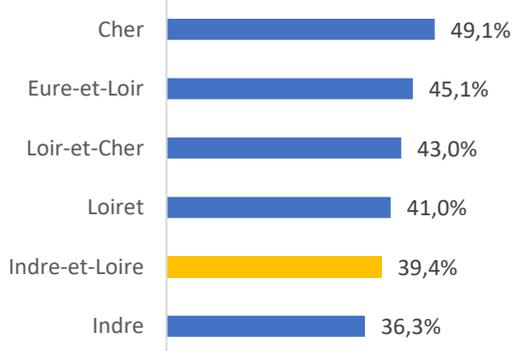
* Années 2018-2019. Dépistage organisé.

Au sein des différentes régions, la comparaison entre les départements concernant les taux de recours aux actes de dépistage (individuel et organisé) des bénéficiaires de l'AAH montre que (Figure 5) :

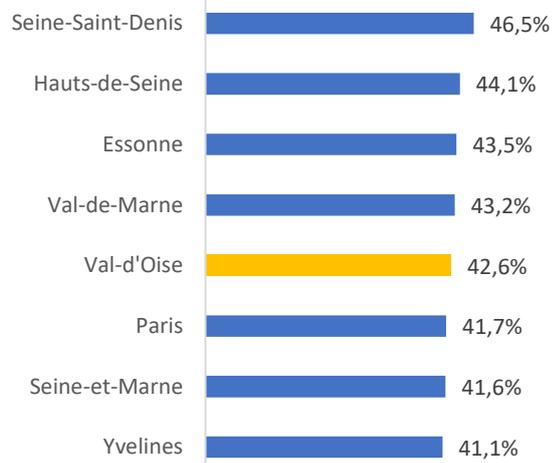
- le taux de dépistage du cancer du sein en Indre-et-Loire est le deuxième le plus faible de la région Centre Val-de-Loire ;
- en Île-de-France, le taux de dépistage dans le Val-d'Oise est dans la moyenne des départements franciliens ;
- le taux de dépistage dans la Vienne est le plus faible de la région Nouvelle-Aquitaine ;
- enfin, en Occitanie, le taux de dépistage dans l'Hérault est parmi les plus élevés (en troisième position derrière la Lozère et l'Aude).

Figure 5 : Taux de dépistage du cancer du sein parmi les allocataires de l'AAH (en %)

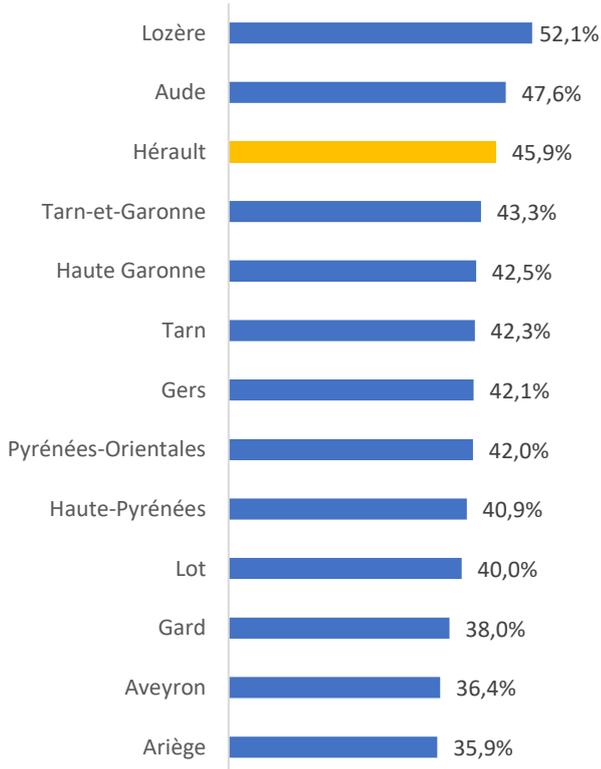
Centre Val-de-Loire



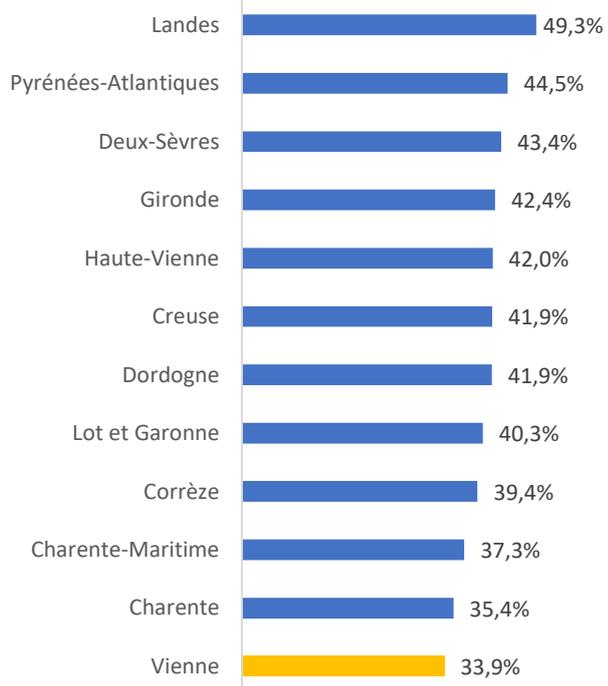
Île-de-France



Occitanie



Nouvelle-Aquitaine



Source : SNDS – Extraction avril 2021

Réalisation : ORS

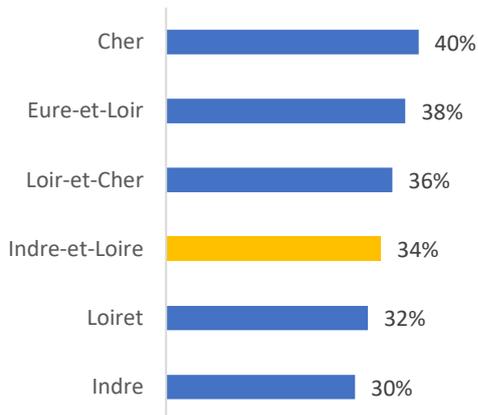
* Années 2018-2019. Dépistage organisé et individuel.

Au sein des différentes régions, en ne retenant que le code acte du dépistage organisé, la comparaison entre les départements concernant les taux de recours des bénéficiaires de l'AAH montre que (Figure 6) :

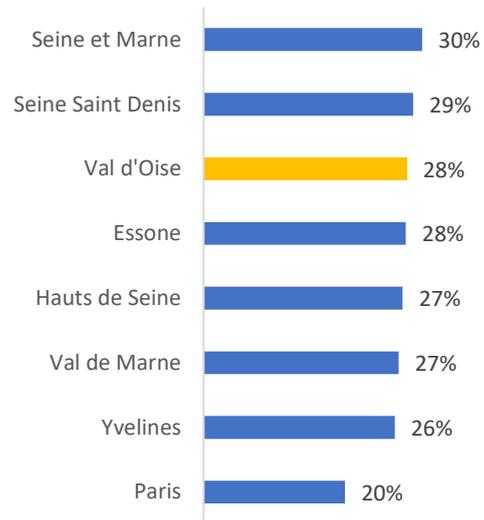
- le taux de dépistage du cancer du sein en Indre-et-Loire est le troisième le plus faible de la région Centre Val-de-Loire ;
- en Île-de-France, le taux de dépistage dans le Val-d'Oise est parmi les plus élevés des départements franciliens même si les taux sont relativement homogènes ;
- le taux de dépistage dans la Vienne est le deuxième le plus faible de la région Nouvelle-Aquitaine ;
- enfin, en Occitanie, le taux de dépistage dans l'Hérault est, contrairement au taux comprenant l'ensemble des codes actes, parmi les plus faibles (seuls 3 départements ont un taux plus faible).

Figure 6 : Taux de dépistage du cancer du sein (acte Do uniquement) parmi les allocataires de l'AAH (en %)

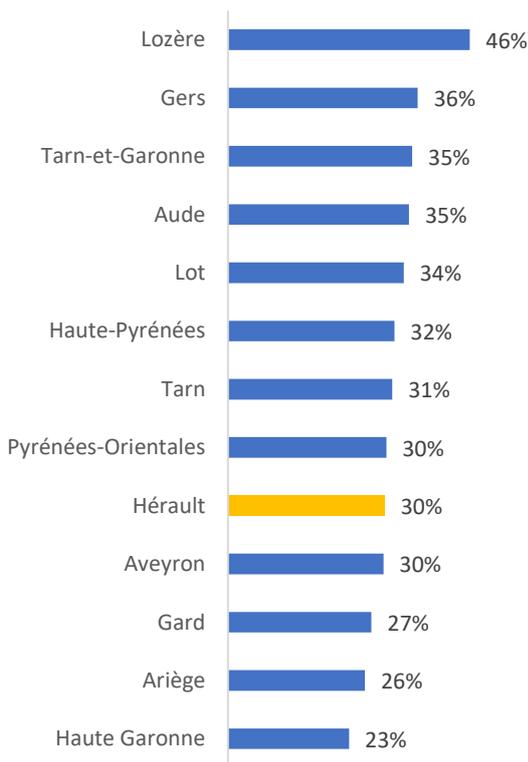
Centre Val-de-Loire



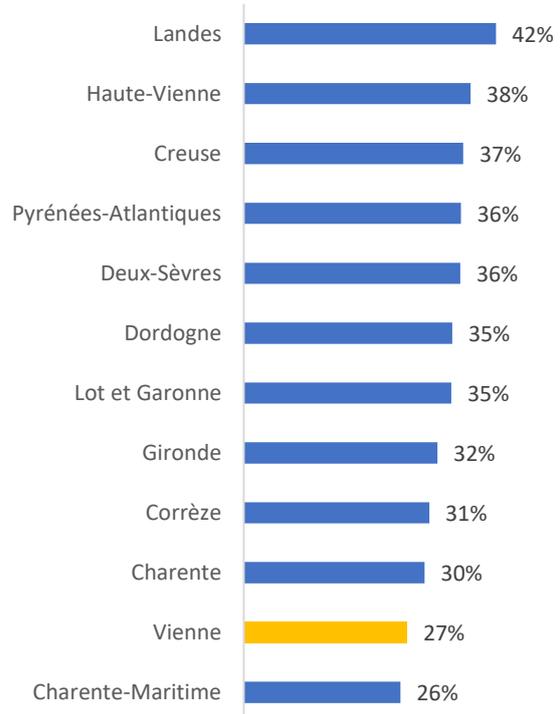
Île-de-France



Occitanie



Nouvelle-Aquitaine



Source : SNDS – Extraction avril 2021

* Années 2018-2019. Dépistage organisé

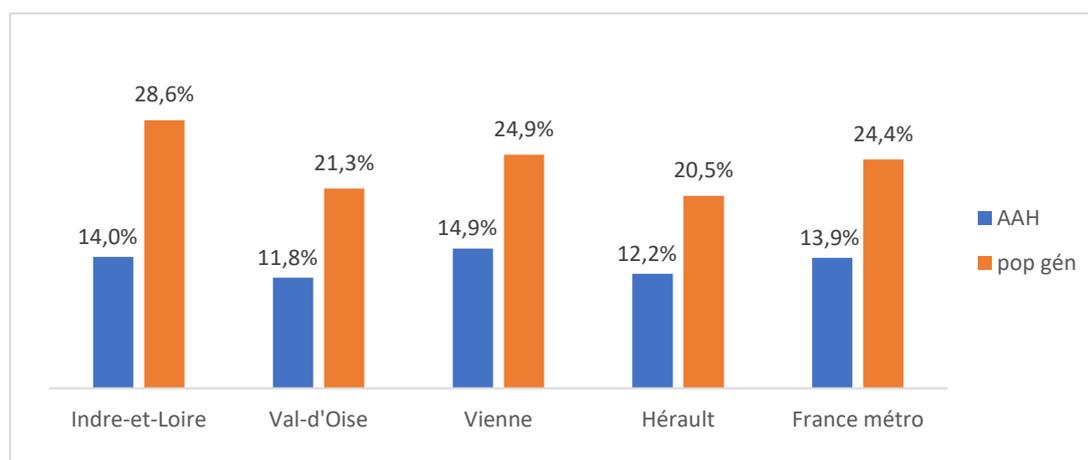
Réalisation : ORS

2. Recours au dépistage du cancer colorectal

Quel que soit le département, le taux de dépistage du cancer colorectal est très faible en population générale, puisqu'il s'élève à 24,4 % en France métropolitaine et, dans les quatre départements de l'étude, varie de 20,5 % (Hérault) à 28,6 % (Indre-et-Loire) (Figure 7). Chez les allocataires de l'AAH, il est toujours nettement inférieur à celui observé en population générale. L'écart est particulièrement marqué en Indre-et-Loire, avec un taux passant du simple au double et dans la Vienne (10 points d'écart). Cette différence est de 10,5 points en France métropolitaine.

Parmi les quatre départements de l'étude, le taux le plus faible est celui du Val-d'Oise. Le département de la Vienne est celui pour lequel le recours au dépistage du cancer colorectal est le plus élevé (14,9 %) chez les allocataires de l'AAH.

Figure 7 : Taux de réalisation d'un acte de dépistage du cancer colorectal chez les allocataires de l'AAH et en population générale* (%)



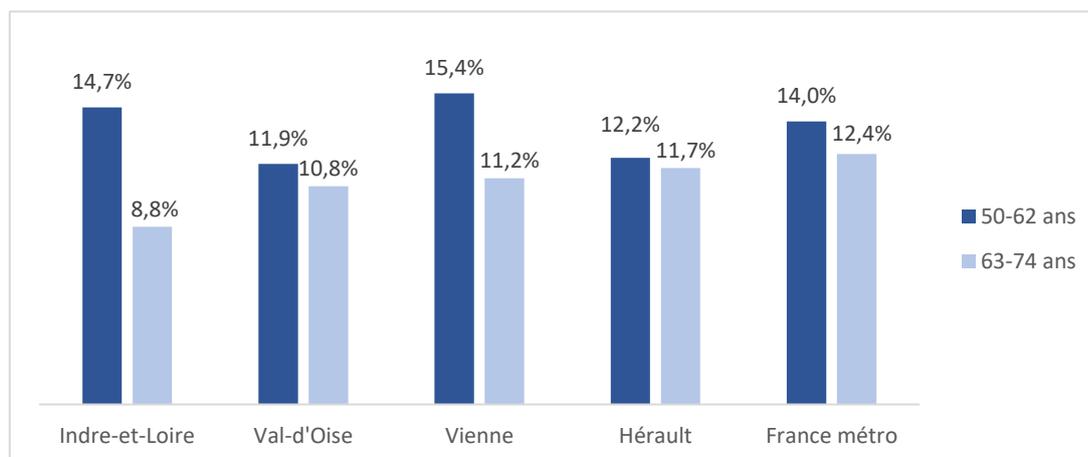
Source : SNDS – Extraction avril 2021

Réalisation : ORS

* Années 2018-2019. Dépistage organisé.

Si en population générale les écarts de recours au dépistage du cancer colorectal sont faibles entre les deux classes d'âges étudiées (50-62 ans et 63-74 ans), ces écarts sont plus marqués chez les allocataires de l'AAH dans deux départements (Indre-et-Loire et Vienne), tandis que dans le Val-d'Oise et l'Hérault, les proportions sont proches (Figure 8). Toutefois, comme mentionné plus haut, les effectifs des bénéficiaires de l'AAH étant bien plus faibles après 62 ans et ne concernant que la population lourdement handicapée, la comparaison entre les classes d'âges ne peut être prise en compte en tant que telle.

Figure 8 : Taux de réalisation selon l'âge d'un acte de dépistage du cancer colorectal chez les allocataires de l'AAH* (%)



Source : SNDS – Extraction avril 2021

Réalisation : ORS

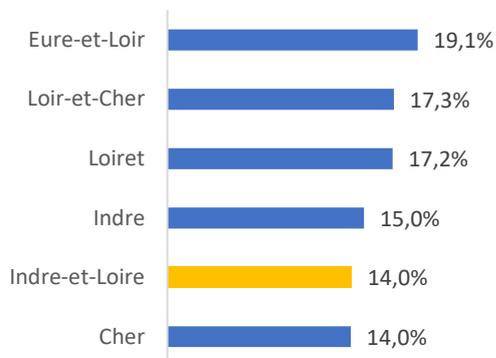
* Années 2018-2019. Dépistage organisé.

Au sein des différentes régions la comparaison entre les départements concernant les taux de recours aux actes de dépistage des bénéficiaires de l'AAH montre que (Figure 9) :

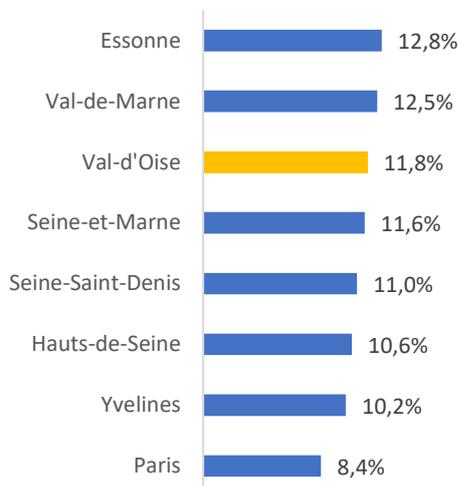
- ✎ le taux de dépistage du cancer colorectal en Indre-et-Loire est le plus faible de la région Centre Val-de-Loire, avec le département du Cher ;
- ✎ le taux de dépistage dans le Val-d'Oise est parmi les plus élevés de la région francilienne, avec l'Essonne et le Val-de-Marne ;
- ✎ le taux de dépistage dans la Vienne est dans une position moyenne par rapport aux autres départements de Nouvelle-Aquitaine ;
- ✎ en Occitanie, le taux de dépistage dans l'Hérault est parmi les départements ayant les plus faibles taux de dépistage du cancer colorectal : quatre départements ont des taux inférieurs et huit départements ont des taux plus élevés.

Figure 9 : Taux de dépistage du cancer colorectal parmi les allocataires de l'AAH (en %)

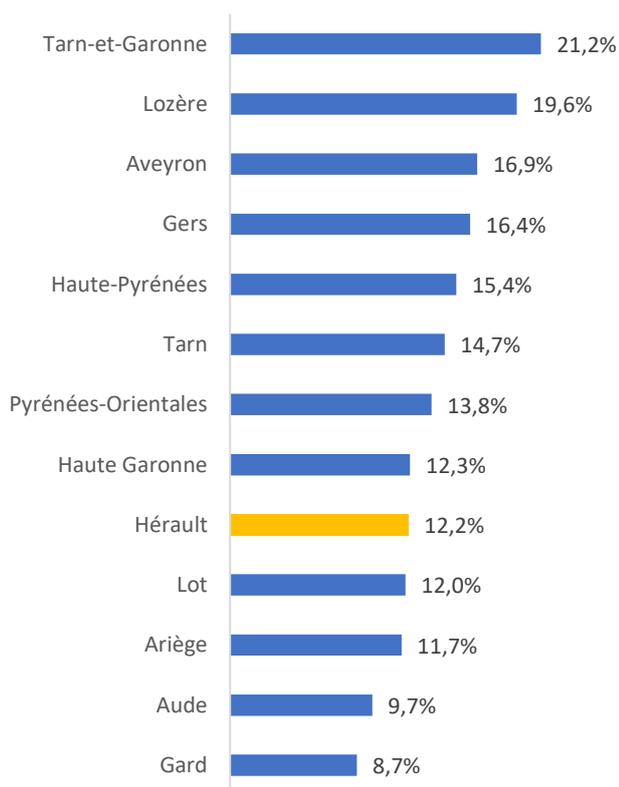
Centre Val-de-Loire



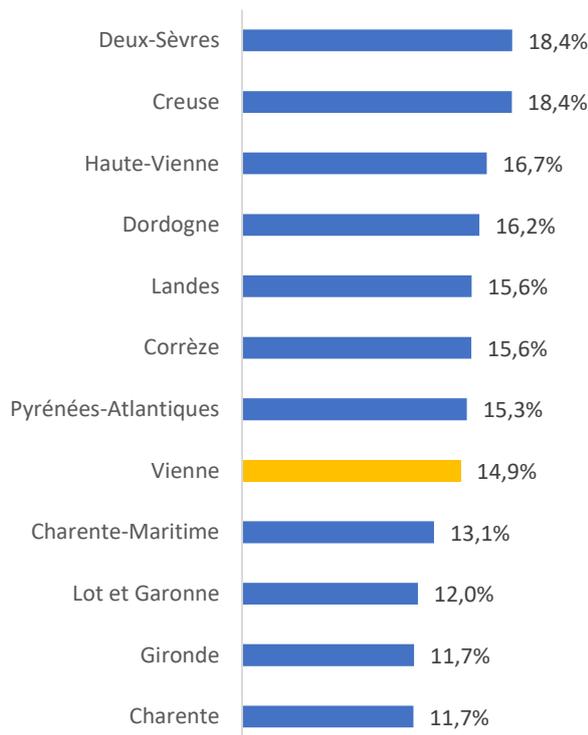
Île-de-France



Occitanie



Nouvelle-Aquitaine



Source : SNDS – Extraction avril 2021
* Années 2018-2019. Dépistage organisé.

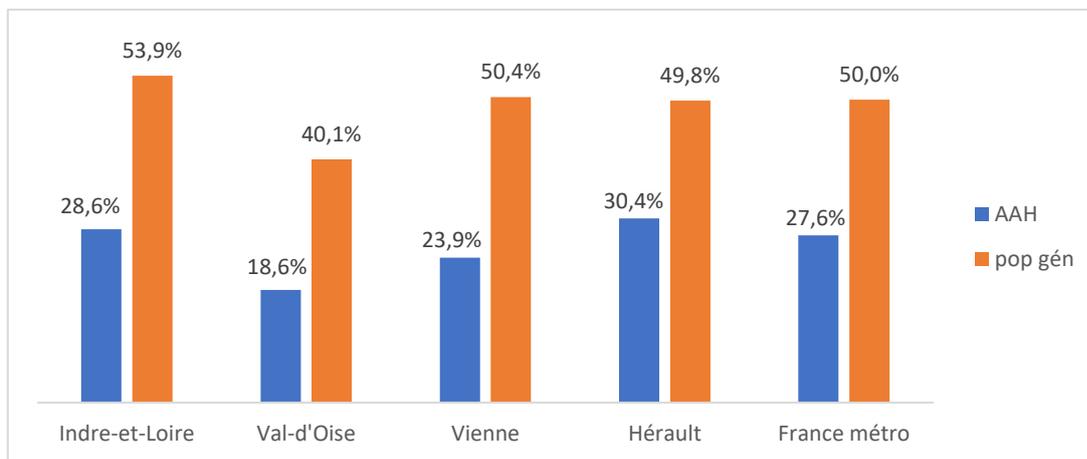
Réalisation : ORS

3. Recours au dépistage du cancer du col de l'utérus

En France métropolitaine, la moitié des femmes de 25-64 ans parmi les bénéficiaires ayant eu une consommation de soins au cours de la période 2017-2019 ont réalisé un frottis vaginal (Figure 10). Cette proportion est presque deux fois moins élevée parmi les bénéficiaires de l'AAH (27,6 %).

Quel que soit le département, le taux de dépistage est toujours inférieur parmi les bénéficiaires de l'AAH qu'en population générale, plus de deux fois plus faible dans la Vienne (23,9 % contre 50,4 % en population générale) et dans le Val-d'Oise (18,6 % contre 40,1 %). C'est dans ce dernier département que le taux est le plus faible chez les allocataires de l'AAH parmi les différents départements de l'étude tandis que le plus élevé est dans l'Hérault (30,4 %).

Figure 10 : Taux de réalisation d'un acte de dépistage du cancer du col de l'utérus chez les allocataires de l'AAH et en population générale* chez les femmes de 25-64 ans (%)



Source : SNDS – Extraction avril 2021

Réalisation : ORS

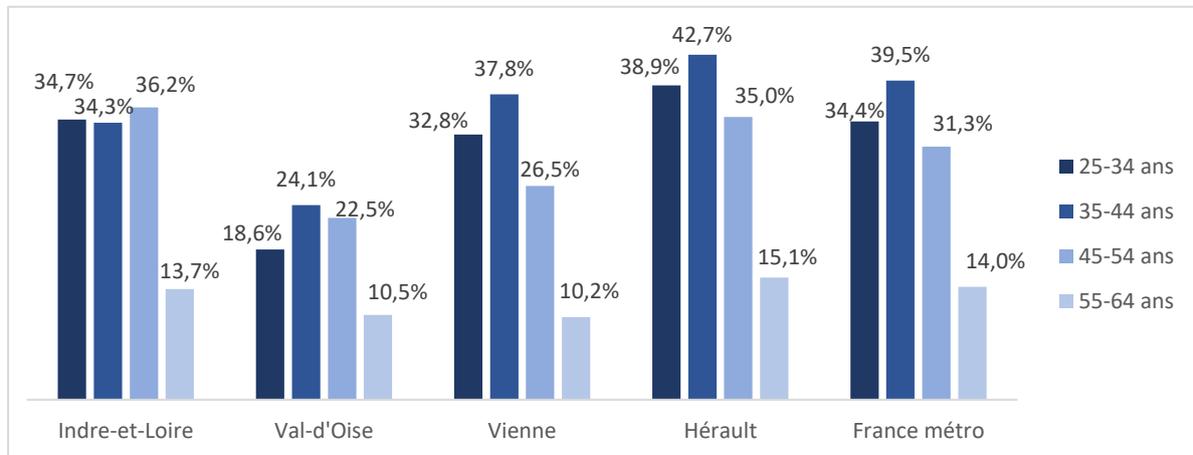
* Années 2017-2019. Dépistage individuel

Le taux de réalisation d'un frottis en population générale en France métropolitaine est le plus élevé à 35-44 ans (57,0%), puis à 25-34 ans (53,3%) et à 45-54 ans (50,7%) et beaucoup plus faible à partir de 55 ans (39,1%) (Figure 11). Cette tendance est également observée parmi les allocataires de l'AAH dans des proportions plus faibles.

Dans les départements étudiés, ces tendances sont également observées (dans des proportions moindres) sauf en Indre-et-Loire où les parts sont assez proches entre 25 et 44 ans et un peu plus élevées entre 45 et 54 ans.

Les différences s'avèrent très importantes entre les départements pour une classe d'âge donnée. Ainsi à 35-44 ans, la proportion de réalisation d'un frottis varie de 24,1 % parmi les allocataires de l'AAH dans le Val d'Oise à 42,7 % dans l'Hérault. De même chez les moins de 35 ans, elle s'élève à au moins un tiers des allocataires (et jusqu'à 39 % dans l'Hérault) sauf dans le Val-d'Oise où elle n'est que de 18,6 %.

Figure 11 : Taux de réalisation selon l'âge d'un acte de dépistage du cancer du col de l'utérus (frottis vaginal) chez les femmes allocataires de l'AAH* (%)



Source : SNDS – Extraction avril 2021

Réalisation : ORS

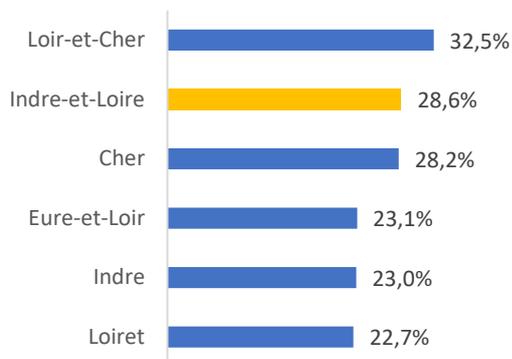
* Années 2017-2019. Dépistage individuel

Au sein des différentes régions, la comparaison entre les départements des taux de recours au dépistage parmi les bénéficiaires de l'AAH montre que (Figure 12) :

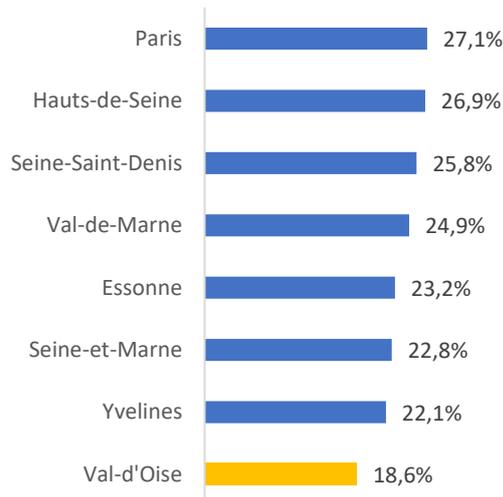
- le taux de réalisation d'un frottis vaginal en Indre-et-Loire est le deuxième le plus élevé de la région Centre Val-de-Loire, comparable à celui du Cher et derrière celui du Loir-et-Cher ;
- le taux de dépistage dans le Val-d'Oise est de loin le plus bas de la région francilienne, le taux le plus élevé étant observé à Paris (27,1% des allocataires de l'AAH) ;
- le taux de réalisation d'un frottis dans la Vienne est également le plus bas de la région Nouvelle-Aquitaine, le plus élevé étant celui des Pyrénées ;
- en Occitanie, le taux de dépistage dans l'Hérault, est parmi les départements ayant les taux les plus élevés, la Haute-Garonne, le Tarn-et-Garonne et la Lozère ayant des taux d'un tiers ou proche d'un tiers des femmes percevant l'AAH.

Figure 12 : Taux de réalisation d'un frottis vaginal parmi les femmes allocataires de l'AAH de 25-64 ans (en %)

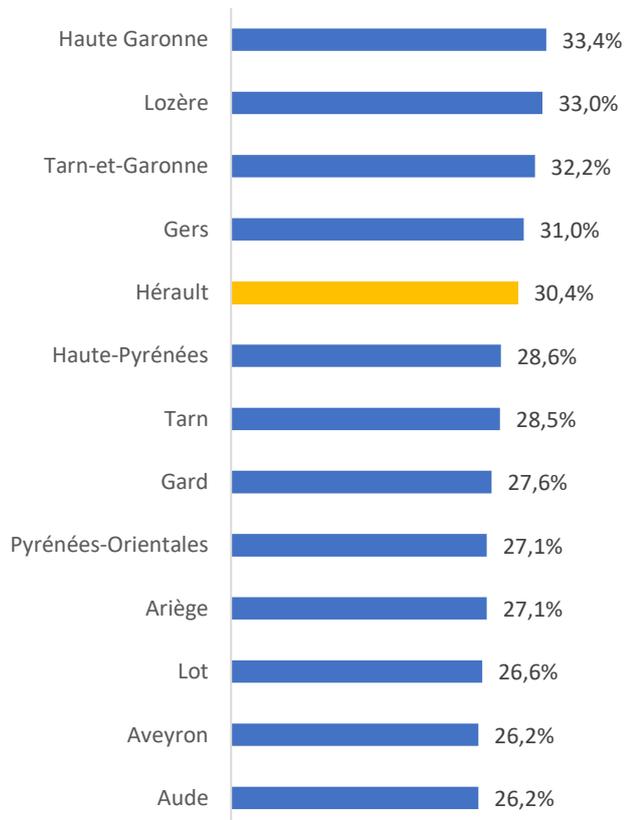
Centre Val-de-Loire



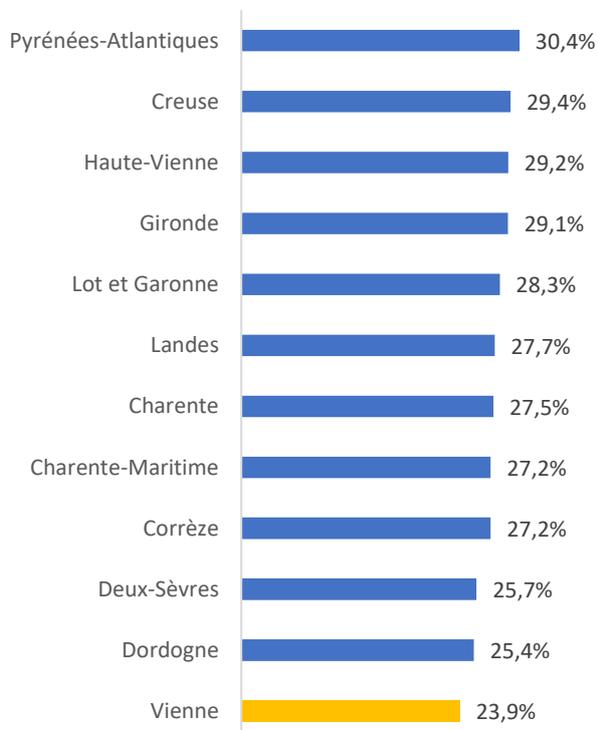
Île-de-France



Occitanie



Nouvelle-Aquitaine



Source : SNDS – Extraction avril 2021
* Années 2017-2019. Dépistage individuel

Réalisation : ORS

D. CONCLUSION/ENSEIGNEMENTS

De cette approche réalisée par les ORS à partir des bases du SNDS, nous pouvons retenir les éléments suivants :

- Le champ du handicap est difficile à appréhender *via* le SNDS, dans l'attente de l'intégration des données des MDPH ;
- Malgré les limites et difficultés, il est possible d'estimer les taux de recours aux actes de dépistage des bénéficiaires de l'AAH ;
- Les personnes en situation de handicap repérées *via* ces analyses présentent des taux de recours aux actes de dépistage très inférieurs à ceux de la « population générale » reflétant ainsi des inégalités fortes d'accès à la santé ;
- Enfin, des écarts très importants de recours aux actes de dépistage existent entre les territoires d'études, écarts pouvant être liés à la qualité des données, aux politiques territoriales ou à des déterminants socio-démographiques, sans qu'il ne soit possible d'identifier le rôle de ces différentes causes.

Des analyses complémentaires sont nécessaires afin de comprendre ces différences de recours entre les personnes en situation de handicap et la population générale, ainsi qu'entre les différents territoires.

PARTENAIRES



✂ 62, boulevard Garibaldi 75015 Paris
✂ Tél. 01 56 58 52 40
✂ info@fnors.org
✂ www.fnors.org