
Coût des maladies psychiatriques en France en 2018

Par Laeticia BLAMPAIN

Sous la direction de :
Pr. Isabelle DURAND-ZALESKI

Abréviations.....	4
Index des figures.....	6
Index des tableaux.....	7
Index des annexes.....	8
Introduction :.....	9
Coût de la prise en charge du secteur sanitaire.....	10
1. Contexte	10
2. Méthode.....	10
2.1. Périmètre de l'étude	10
2.2. Les pathologies psychiatriques	11
2.3. Les traitements par psychotropes.....	11
2.4. La polypathologie et les traitements	11
3. Résultats.....	12
3.1. Pathologies psychiatriques.....	12
3.2. Les traitements psychotropes (hors pathologies).....	13
3.3. La polypathologie et les traitements	13
4. Résultats finaux	15
5. Discussion.....	17
6. Conclusion	21
Coût de la prise en charge du secteur médico-social et social	22
1. Élément de contexte	22
1.1. La santé mentale et le handicap psychique.....	22
1.2. Le secteur médico-social et social.....	22
1.3. Financement du secteur médico-social et social	23
2. Méthode.....	23
2.1. Les ESMS.....	23
2.1.1. Financement par l'État, l'AM et la CNSA.....	24
2.1.2. Financement par le conseil départemental	25
2.1.3. Financement par les ménages	25
2.2. Les allocations	26
2.3. Les aidants informels.....	27
3. Résultats.....	27
3.1. Le coût des ESMS.....	27
3.1.1. Les ESMS financés par l'État, l'AM et la CNSA	27
3.1.2. Les ESMS financés par le conseil départemental.....	27

3.1.3.	Les ESMS financés par les ménages	28
3.2.	Le coût des allocations	28
3.3.	Le coût de l'aide informelle.....	29
3.4.	Les coûts totaux.....	29
4.	Discussion	31
4.1.	Résultat de l'étude	31
4.2.	Comparaison avec la littérature	32
4.3.	Points forts et limites	33
5.	Conclusion	33
Coût de la perte de qualité de vie.....		34
1.	Introduction.....	34
2.	Méthode.....	34
2.1.	Données.....	34
2.2.	Une mesure épidémiologique : le DALY.....	35
2.3.	Valorisation monétaire.....	36
3.	Résultats	37
3.1.	Prévalence	37
3.2.	Années de vie corrigées de l'incapacité - DALY.....	39
3.3.	Le coût de la perte de la qualité de vie	42
4.	Discussion	42
4.1.	Comparaison avec la littérature	42
4.2.	Points forts et limites	44
5.	Conclusion	46
Coût de la perte de productivité.....		47
1.	Contexte	47
2.	Méthode.....	47
2.1.	Coût de perte de production.....	47
2.1.1.	Identification des coûts mesurables	47
2.1.1.1.	Absences permanentes des malades.....	48
2.1.1.2.	Absences temporaires des malades.....	48
2.1.1.3.	Absence professionnelle AT/MP des malades.....	49
2.1.1.4.	Absences temporaires des aidants	49
2.1.2.	Valorisation monétaire.....	50
2.2.	Compensation de revenu	51
2.2.1.	Arrêts maladies et l'invalidité	51

2.2.2.	Chômage.....	51
2.2.3.	Inactivité.....	52
3.	Résultats.....	52
3.1.	Coût de perte de production.....	52
3.1.1.	Absences permanentes des malades.....	52
3.1.2.	Absences temporaires des malades.....	52
3.1.3.	Absences professionnelles AT/MP des malades.....	52
3.1.4.	Absences temporaires des aidants.....	53
3.1.5.	Valorisation monétaire.....	54
3.1.6.	Résultats.....	55
3.2.	Compensation de revenu.....	55
3.2.1.	Arrêts maladies et invalidités.....	55
3.2.2.	Chômage.....	56
3.2.3.	Inactivité.....	56
3.2.4.	Résultats finals.....	56
3.3.	Coût totaux.....	57
4.	Discussion.....	57
5.	Conclusion.....	59
	Conclusion finale.....	60
	Annexe.....	61
	Bibliographie.....	76

Abréviations

AAH	Allocation d'adulte handicapée
ACTP	Allocation Compensatrice pour Tierce Personne
AEEH	Allocation d'éducation de l'enfant handicapée
AM	Assurance maladie
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
AT	Accident de travail
ATC	Anatomical Therapeutic Chemical
AVCI	Année de vie corrigé de l'incapacité
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CIM 10	Classification internationale des maladies
CMPP	Centre médico psycho pédagogiques
CNAF	Caisse nationale des allocations familiales
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPO	Centre de pré orientation
CRP	Centre de rééducation professionnelle
DALY	Disability Adjusted Life Year
EAM	Établissement d'accueil médicalisé en tout ou partie pour personnes handicapées
EANM	Établissement d'accueil non médicalisé pour personnes handicapées
EATAH	Établissement d'accueil temporaire pour adultes handicapés
EATEH	Établissement d'accueil temporaire pour enfant handicapé
EEAH	Établissement expérimental pour adultes handicapés
EEEH	Établissement expérimentale pour enfant handicapé
EP	Établissement pour enfants polyhandicapés
EQTP	Salaire en équivalent temps plein
ESAT	Établissement et service d'aide par le travail
ETP	Équivalent temps plein
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FH	Foyer d'hébergement
FP	Foyer d'accueil polyvalent
FV et FO	Foyer de vie et occupationnel
GBD	Global Burden of Disease
GEM	Groupe d'entraide Mutuelle
GHDx	Global Health Data Exchange
IEM	Institut d'éducation motrice
IME	Institut médico-éducatif
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
ITEP	Les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques
JES	Jardin d'éducation spécialisé
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MP	Maladie professionnelle
MVA	Majoration pour vie autonome

OMS	Organisation mondiale de la santé
OMS	Organisation mondiale de la santé
PCH	Prestation de compensation du handicap
PIB	Produit intérieur brut
QALY	Quality adjusted life year
RSA	Revenu de solidarité active
SAMSAH	Services d'accompagnement Médico-sociaux pour adultes Handicapés
SAVS	Services d'accompagnement à la vie sociale
SESSAD	Services d'éducation spéciale de soins à domicile
TED	Troubles envahissant du développement
TSA	Troubles du spectre autistique
UEROS	Unités Évaluation Réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle
VOLY	Value of life years
YLD	Years lived with disability
YLL	Years of life lost
ATC	Anatomical Therapeutic Chemical
CIM 10	Classification internationale des maladies
OMS	Organisation mondiale de la santé
TED	Troubles envahissant du développement
TSA	Troubles du spectre autistique

Index des figures

Figure 1 : Répartition des dépenses d'Assurance Maladie remboursées en 2018 par catégorie de pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins.	16
Figure 2 : Répartition des coûts de la prise en charge des ESMS des différents acteurs	28
Figure 3 : Répartition des coûts des allocations pour les personnes handicapées psychiques	29
Figure 4 : Répartition des postes de dépenses du secteur médico-social et social.....	30
Figure 5: Rang par DALYs ajusté par l'âge des troubles répertoriés en France pour l'année 2007 et 2018.....	43
Figure 6: Nombre de DALYs pour tout âge en France.....	44

Index des tableaux

Tableau 1 : Dépenses des pathologies psychiatriques prise en compte par l'Assurance Maladie pour 2018	12
Tableau 2 : Dépenses des traitements psychotropes prise en compte par l'Assurance Maladie pour 2018	13
Tableau 3 : Polypathologies des individus atteints de maladies psychiatriques pour l'année 2018.....	14
Tableau 4 : Polypathologies des individus ayant un traitement psychotrope.....	15
Tableau 5 : Répartition des dépenses d'Assurance Maladie pour la maladie psychiatrique (en milliards d'euros).....	17
Tableau 6 : Détail des postes de dépenses de l'Assurance Maladie en 2018	18
Tableau 7 : Comparaison des résultats avec la littérature	20
Tableau 8 : Répartition des postes de dépenses du secteur médico-social et social.....	30
Tableau 9 : Comparaison de nos résultats avec la littérature	32
Tableau 10: Composition des troubles mentaux et des troubles de l'addiction	36
Tableau 11 : Prévalence des troubles mentaux et des troubles liés à la consommation de substance en 2018 pour 100 000 personnes	38
Tableau 12 : Taux de DALYs ajustés par âge pour 100 000 personnes causés par des troubles mentaux et de l'addiction en 2018	40
Tableau 13 : DALYs, YLLs et YLDs des troubles mentaux et de l'addiction pour l'année 2018	41
Tableau 14 : Coût de la perte de la qualité de vie en fonction des VOLYs	42
Tableau 15 : Comparaison des résultats avec les données de la littérature.....	43
Tableau 16 : Coûts d'ETP estimés selon les postes de dépenses de perte de production	55
Tableau 17 : Coûts de compensation de revenu pour la maladie mentale en France	56
Tableau 18 : Coûts de la perte de productivité de la santé mentale en France	57
Tableau 19 : Comparaison des résultats avec la littérature.....	58
Tableau 20 : Estimation des coûts des maladies psychiatriques en France (2018).....	60

Index des annexes

Annexe 1 : Méthodologie médicales de l'Assurance Maladie pour les maladies psychiatriques	61
Annexe 2 : Méthodologie médicales de l'Assurance Maladie pour les traitements psychotropes	64
Annexe 3 : Liste des ESMS pour adultes handicapés, financeurs, fonctions	65
Annexe 4 : ESMS pour enfants, adolescents handicapés, financeurs et fonctions	67
Annexe 5 : Calcul de la part des personnes atteintes de handicap psychique pour les établissements financés par le conseil départemental	69
Annexe 6 : Liste des allocations pour les personnes handicapées psychiques, financeurs, fonctions.....	70
Annexe 7 : Calcul de la part des bénéficiaires de l'APA souffrant de handicap psychique pour l'année 2018.....	71
Annexe 8 : Coût annuel des ESMS financé par l'AM, l'État et la CNSA pour les personnes handicapées psychiques.....	72
Annexe 9 : Coût annuel des ESMS financé par le conseil départemental pour les personnes handicapées psychiques.....	74
Annexe 10 : Coût annuel des ESMS financé par les ménages pour les personnes handicapées psychiques	74
Annexe 11 : Coût annuel des allocations allouées aux personnes handicapées psychiques ..	75

Introduction :

En France, la santé mentale, plus précisément la psychiatrie est devenue un enjeu majeur de santé publique. Une personne sur cinq soit 12 millions de français sont atteints de maladie psychiatrique. (1)

Les maladies psychiatriques englobent différentes pathologies : la dépression, les troubles anxieux, les troubles alimentaires, l'autisme, la schizophrénie, les troubles bipolaires etc. Ces maladies sont perçues fortement stigmatisant et incurable. Toutefois, elles peuvent être prévenues, détectées, soignées et guéries.

Les troubles psychiatriques apparaissent entre 15 et 25 ans. Elles sont le plus souvent mal diagnostiquées et mal prise en charge. Elles altèrent la qualité de vie des malades et sont à l'origine de souffrance psychologique et d'apparition de maladie. De plus, l'espérance de vie des personnes ayant des troubles psychiatriques est en moyenne 10 à 20 ans inférieur à la population générale. (2)

A notre connaissance, peu d'études sont disponibles sur le fardeau et le coût des pathologies psychiatriques en France. Elles sont essentiellement concentrées sur le secteur hospitalier. Dans ce contexte, cette étude a pour objectif de répondre à un besoin d'état des lieux global qui permettra d'évaluer l'ensemble des coûts générés par les pathologies psychiatriques en France sur l'année 2018 afin d'éclairer les choix politiques.

Notre étude s'articule autour de quatre parties réunissant les coûts directs et indirects. Elle est composée des coûts de la prise en charge du secteur médico-social et social, des coûts de la prise en charge du secteur sanitaire, les coûts liés à la perte de productivité et à la perte de qualité de vie.

Coût de la prise en charge du secteur sanitaire

1. Contexte

Les dépenses sanitaires de la maladie mentale constituent l'ensemble des dépenses engagées pour prendre en charge médicalement les personnes souffrant de maladie mentale.

Depuis 2012, la caisse nationale de l'Assurance Maladie met en lumière les données et les travaux réalisés afin de partager des constats et de construire des propositions de régulations et/ou de gestion du risque.

La même méthode est utilisée pour chacune des années permettant une analyse de l'évolution de la fréquence des pathologies et des dépenses de soins remboursées en France. L'algorithme utilisé par l'Assurance Maladie identifie une population à partir des codes diagnostics et certains médicaments traceurs. Puis, elle extrait cette population et calcule ses dépenses. La population identifiée par les codes diagnostics et les médicaments traceurs CIM 10 et code ATC sont détaillés dans les parties suivantes. (1) (2)

En 2018, 142 milliards d'euros ont été remboursés par le régime général pour la prise en charge de près de 57,9 millions de personnes. (167 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes)

Les pathologies et les traitements chroniques représentent près de 61% de la dépense soit environ 86 milliards d'euros et concernent 35% de la population soit près de 21 millions de personnes pour le régime général. A l'opposé, 31 millions de personnes ont reçu uniquement des soins qualifiés de courants (soit 55% de la population affiliée au régime général). (1)

2. Méthode

Le rapport Charges et Produits de l'Assurance Maladie regroupe les dépenses par pathologies. Ainsi, la santé mentale est composée des maladies psychiatriques et de l'ensemble des traitements chroniques par psychotropes dont les anxiolytiques et hypnotiques que nous allons détailler. (1)

2.1. Périmètre de l'étude

Le périmètre de notre étude global exclut la démence et les retards mentaux. Cependant, nous décidons de prendre en compte les retards mentaux afin d'inclure l'autisme.

En effet, en excluant les retards mentaux, nous risquons d'exclure un grand nombre de patients atteints de troubles du spectre autistique (TSA). (3,4)

L'autisme et les TSA font parties des troubles envahissant du développement (TED) classés par l'organisation mondiale de la santé (OMS – Classification internationale des maladies CIM 10) dans les troubles du développement psychologiques. Elles peuvent apparaître au cours de la petite enfance et persister à l'âge adulte.

L'OMS identifie l'autisme comme étant : « un groupe de troubles caractérisés par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de

communication, ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreints, stéréotypé et répétitif ». (3)

En revanche, un tiers des personnes concernées par un TSA présente une déficience intellectuelle de gravité très variable. Ainsi, le syndrome autistique peut être observé dans des pathologies génétiques avec handicap intellectuel sévère, comme les retards mentaux. Il fait également parti des troubles psychiatriques débutant dans l'enfance. (4)

Nous étudions les dépenses sanitaires de la santé mentale en deux parties : les pathologies psychiatriques et les traitements psychotropes.

2.2. Les pathologies psychiatriques

La pathologie psychiatrique 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
- L'ensemble des troubles psychiatriques notamment les troubles de la personnalité ou du comportement.

La répartition de ces dépenses se fractionne en trois grandes parties : les soins de ville, les hospitalisations et les prestations en espèces. (1)

Nous utilisons la cartographie détaillée pour chaque pathologie afin de référencer les codes CIM utilisés par l'Assurance Maladie. (5–11)

2.3. Les traitements par psychotropes

Les traitements psychotropes tiennent compte des personnes prenant régulièrement des traitements antidépresseurs et régulateur de l'humeur, des neuroleptiques, des anxiolytiques et/ou hypnotiques hors pathologies.

Ces traitements se composent également de trois dépenses : les soins de ville, les hospitalisations et les prestations en espèces.

Nous référençons les codes ATC utilisés par l'Assurance Maladie pour en connaître le contenu. (11–15)

2.4. La polypathologie et les traitements

Les personnes prises en charge pour une pathologie psychiatrique ou pour un traitement psychotrope peuvent avoir une autre maladie.

A l'aide de la cartographie détaillée de l'Assurance Maladie, nous allons recenser les différentes pathologies liées à la santé mentale en fonction des autres pathologies telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète, traitements du risque vasculaire, le cancer, les maladies neurologiques ou dégénératives, les maladies respiratoires chroniques, les maladies

inflammatoires ou rares ou VIH, les maladies du foie ou du pancréas et les autres maladies psychiatriques qui peuvent se traduire par les comorbidités somatiques. (5–15)

3. Résultats

3.1. Pathologies psychiatriques

Les pathologies psychiatriques prennent en compte différents troubles enregistrés selon les codes CIM ou les codes ATC. Par exemple, pour respecter le périmètre de notre étude, le code CIM10 F84 : « les troubles envahissant du développement » font partie des troubles psychiatriques ayant débuté dans l'enfance. De même les codes CIM10 des retards mentaux selon la gravité sont codés de F70 à F79 dans la catégorie déficience mentale. Le détail de chaque pathologie psychiatrique est présenté en Annexe 1.

Dans le calcul de la prise en charge du secteur sanitaire des pathologies psychiatriques, six pathologies sont listées. Le Tableau 1 donne le détail des dépenses pour chacune des pathologies en fonction des dépenses de soins de ville, des hospitalisations et des prestations en espèces pour l'année 2018. (5–10)

Tableau 1 : Dépenses des pathologies psychiatriques prise en compte par l'Assurance Maladie pour 2018

	Dépense de tous régimes confondus (en millions d'euros)	Soins de ville (en millions d'euros)	Hospitalisations (en millions d'euros)	Prestation en espèces (en millions d'euros)	Effectifs (par patient)
Déficience mentale	624	201	417	6	126 000
Troubles psychotiques	5 066	875	3906	284	437 600
Troubles névrotiques et de l'humeur	6 203	1 403	3 113	1 687	1 226 400
Trouble addictifs	1 622	218	1 149	254	394 500
Troubles psychiatriques ayant débuté dans l'enfance en 2018	1 379	235	1 143	2	148 000
Autres troubles psychiatriques	1 802	394	1 186	223	399 200
TOTAL	16 696	3 326	10 914	2 456	2 730 700

Le montant total des dépenses des traitements des pathologies psychiatriques s'élève à 16,7 milliards d'euros pour l'année 2018 pour 2,7 millions d'individus pris en charge pour ces pathologies.

3.2. Les traitements psychotropes (hors pathologies)

La méthodologie de l'Assurance Maladie est présentée dans l'Annexe 2. Les codes ATC utilisés pour déterminer la population prise en compte pour les traitements psychotropes sont détaillés. (12–14)

Le Tableau 2 donne, quant à lui, le détail des dépenses des traitements psychotropes en fonction des soins.

Tableau 2 : Dépenses des traitements psychotropes prise en compte par l'Assurance Maladie pour 2018

	Dépense de tous régimes confondus (En millions d'euros)	Soins de ville (en millions d'euros)	Hospitalisations (en millions d'euros)	Prestation en espèces (en millions d'euros)	Effectifs (par patient)
Personnes traitées par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	2 879	1 241	243	1 396	2 612 400
Personnes traitées par neuroleptiques	288	176	25	86	285 500
Personnes traitées par anxiolytiques	2 550	1 379	152	1 019	2 729 100
Personnes traitées par hypnotique	1 001	617	56	327	1 151 800
Total	6 718	3 413	476	2 828	6 778 800

Le montant total des dépenses des traitements psychotropes hors pathologies s'élève à 6,7 milliards d'euros pour l'année 2018 pour 6,8 millions d'individus pris en charge pour ces traitements.

3.3. La polypathologie et les traitements

Les personnes prises en charge pour une pathologie psychiatrique peuvent avoir une autre maladie. Le détail concernant la polypathologie et les traitements sont présentés dans le Tableau 3. (4–12)

Il en est de même pour les traitements psychotropes présentés dans le Tableau 4.

Tableau 3 : Polypathologies des individus atteints de maladies psychiatriques pour l'année 2018

Pathologie	Déficience mentale	Trouble psychotiques	Troubles névrotiques et de l'humeur	Troubles addictifs	Troubles psychiatriques ayant débuté dans l'enfance en 2018	Autres troubles psychiatriques
Maladie cardiovasculaire	6%	9%	19%	24%	2%	18%
Diabète	6%	11%	13%	10%	1%	12%
Traitement du risque vasculaire	12%	15%	22%	13%	2%	17%
Cancer	3%	5%	10%	9%	0%	8%
Autre maladie psychiatrique	23%	39%	26%	40%	23%	49%
Maladie neurologique ou dégénérative	15%	8%	12%	9%	6%	16%
Maladie respiratoire chronique	7%	9%	13%	17%	6%	11%
Maladie inflammatoire ou rare ou VIH	2%	2%	4%	3%	1%	3%
Maladie du foie ou du pancréas	1%	2%	4%	12%	0%	4%
Une autre pathologie prise en charge au titre de l'ALD (dont ALD 31 et 32)	7%	5%	9%	5%	8%	8%

Ainsi, 23% des personnes traités pour déficience mentale ont une autre maladie psychiatrique.

Tableau 4 : Polypathologies des individus ayant un traitement psychotrope

Pathologie	Personnes traitées par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	Personnes traitées par neuroleptiques	Personnes traitées par anxiolytiques	Personnes traitées par hypnotiques
Maladie cardiovasculaire	16%	18%	20%	24%
Diabète	12%	13%	13%	16%
Traitement du risque vasculaire	28%	23%	33%	34%
Cancer	10%	8%	12%	15%
Autre maladie psychiatrique	48%	70%	48%	52%
Maladie neurologique ou dégénérative	9%	25%	8%	14%
Maladie respiratoire chronique	10%	9%	13%	14%
Maladie inflammatoire ou rare ou VIH	4%	3%	4%	5%
Maladie du foie ou du pancréas	2%	2%	2%	3%
Une autre pathologie prise en charge au titre de l'ALD (dont ALD 31 et 32)	6%	11%	6%	7%

De même, 48% des personnes prises en charge pour un traitement antidépresseur ou pour régulateur de l'humeur ont une autre maladie psychiatrique.

L'algorithme de l'Assurance Maladie permet d'éviter le double comptage des patients atteints d'une polypathologie.

4. Résultats finaux

Le rapport Charges et Produits de l'Assurance Maladie nous permet de chiffrer le montant de la prise en charge sanitaire de la maladie mentale en France pour l'année 2018.

Ainsi, la santé mentale représente 20,6 milliards d'euros pour le régime général et **23,4 milliards d'euros** pour l'ensemble des régimes soit 14,5% des dépenses totales.

La Figure 1 montre la répartition des dépenses de l'Assurance Maladie pour l'année 2018 par catégorie de pathologie, des traitements chroniques et épisodes de soins.

La partie concernant la santé mentale est le deuxième poste de dépense derrière les hospitalisations ponctuelles.

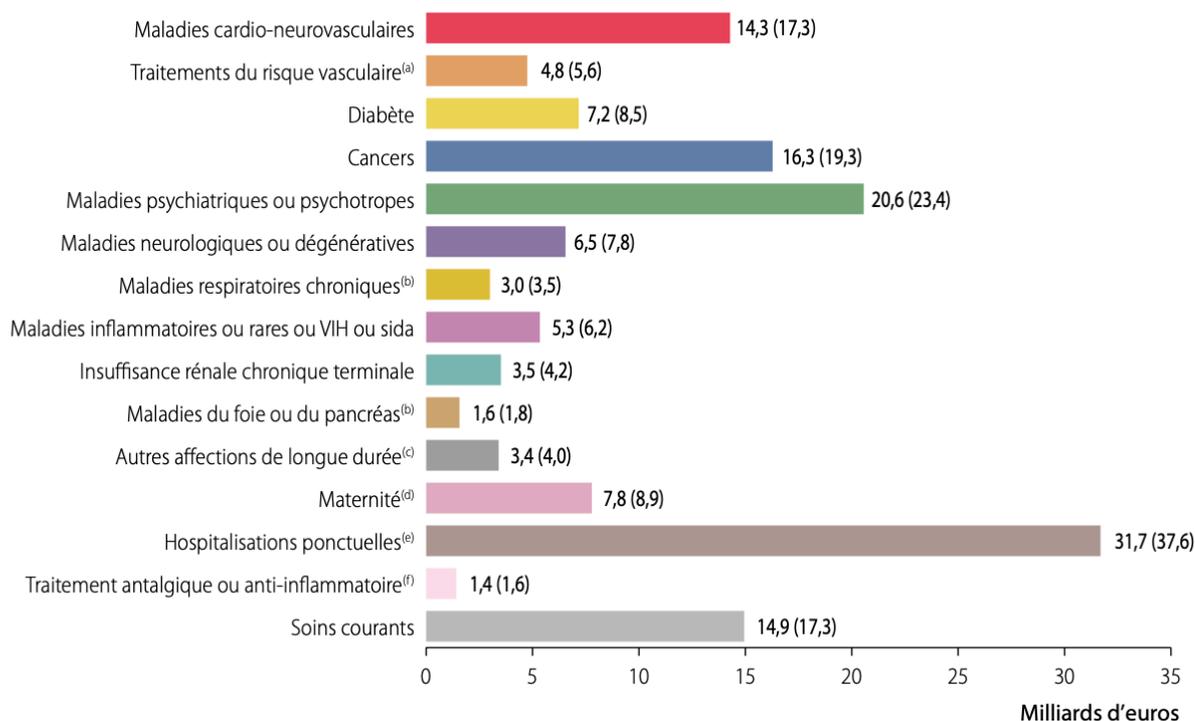


Figure 1 : Répartition des dépenses d'Assurance Maladie remboursées en 2018 par catégorie de pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins.

Note : 142 milliards d'euros pour le régime général et 167 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes.

La répartition de ces dépenses se segmente en trois grandes parties : les soins de ville avec 6,7 milliards d'euros, les hospitalisations 11,4 milliards d'euros et 5,2 milliards d'euros pour les prestations en espèces. Les maladies psychiatriques représentent 16,7 milliards d'euros, les traitements psychotropes sont de 6,7 milliards d'euros. Dans l'ensemble les dépenses sanitaires pour la santé mentale sont de 23,4 milliards. Le Tableau 5 donne le détail selon les pathologies et les traitements psychotropes ainsi que la part représentative des dépenses totales de l'année 2018.

Tableau 5 : Répartition des dépenses d'Assurance Maladie pour la maladie psychiatrique (en milliards d'euros)

Pathologies	Dépenses pour l'année 2018	Part dépense totale
Traitements psychiatriques	16,70	10%
Dont Déficience mentale	0,62	0,4%
Dont Trouble psychotiques	5,07	3,0%
Dont Troubles névrotiques et de l'humeur	6,20	3,7%
Dont Troubles addictifs	1,62	1,0%
Dont Troubles psychiatriques débutant dans l'enfance	1,38	0,8%
Dont Autre troubles psychiatriques	1,80	1,1%
Traitements psychotropes ⁽¹⁾	6,72	4%
Dont Personnes traitées par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	2,88	1,7%
Dont Personnes traitées par neuroleptiques	0,29	0,2%
Dont Personnes traitées par anxiolytiques	2,55	1,5%
Dont Personnes traitées par hypnotiques	1,00	0,6%
Total en milliards d'euros	23,41	14%

Note : La répartition des dépenses de l'Assurance Maladie remboursées par le régime général extrapolées à l'ensemble des régimes en 2018 pour les maladies psychiatriques
 Dépense totale pour l'année 2018 : 167 milliards d'euros.
 (1) : Hors pathologies

5. Discussion

L'objectif de l'étude est d'estimer le coût de la prise en charge sanitaire de la santé mentale. Le rapport Charges et Produits de l'Assurance Maladie estime ce coût pour l'année 2018. Elle inclut les coûts des dépenses des pathologies psychiatriques et les traitements psychotropes. Contrairement à notre périmètre d'étude initial, nous avons pris en compte les retards mentaux afin de pouvoir inclure la TSA et l'autisme. De ce fait, le coût de la prise en charge du secteur sanitaire est estimé à 23,4 milliards d'euros avec 2,22 millions de bénéficiaires du régime général pris en charge en 2018 pour maladies psychiatriques et 4,93 millions de bénéficiaires pour les traitements psychotropes.

Comparons ce résultat avec la littérature, notamment l'étude de Chevreul et al portant sur les données de 2007. Il est important de noter que la méthode de recueil des données diffère entre les deux études rendant moins facile la comparaison. Les auteurs estiment que la prise en charge du secteur sanitaire est de 13,4 milliards d'euros pour l'année 2007.(16)

Nos estimations sont 1,7 fois supérieur à l'année 2007. L'augmentation des dépenses sanitaires se traduit par plusieurs facteurs : le périmètre de notre étude n'est pas identique à l'étude de Chevreul et al,. En effet, nous avons décidé de prendre en compte le TSA et l'autisme ce qui augmente la taille de la population et donc des soins. De plus, le nombre de personnes souffrant de troubles psychiatriques a fortement augmenté ce qui conduit

naturellement à la hausse les dépenses de soins liées aux maladies psychiatriques et traitements psychotropes.

Le résultat estimé par l'étude de Chevreul et al, comprend le coût de la consultation des psychologues à 0,4 milliards d'euros. Les frais d'hospitalisations étaient de 8,3 milliards d'euros. Les soins dispensés dans les hôpitaux psychiatriques publics étaient de 6,4 milliards d'euros, les coûts extrahospitaliers ont été évalués à 4,7 milliards d'euros (2,2 milliards pour les prescriptions de médicaments, 1 milliard pour les consultations privées et publiques respectivement et enfin 0,5 milliard pour les autres soins extrahospitaliers. Les coûts de la consultation d'un psychologue avait été estimé à 364 millions d'euros.

Le détail des résultats de notre étude est présenté ci-dessous Tableau 6 :

Tableau 6 : Détail des postes de dépenses de l'Assurance Maladie en 2018

Pathologie, traitement ou événement de santé	Maladies psychiatriques ou psychotropes	Dont les maladies psychiatriques	Dont traitements psychotropes (hors pathologies)
Total des dépenses en mds €	23,41	16,70	6,72
Total soins de ville	6,74	3,33	3,41
Soins de médecins	1,67	0,57	1,11
Soins infirmiers	0,87	0,63	0,24
Soins de kinésithérapie	0,46	0,14	0,31
Autres professionnels de santé	0,35	0,15	0,20
Médicaments	2,03	1,00	1,04
Autres produits de santé	0,47	0,21	0,27
Biologie	0,20	0,07	0,14
Transports	0,64	0,55	0,08
Autres dépenses de soins de ville	0,04	0,01	0,03
Total hospitalisations	11,39	10,91	0,48
Dont hospitalisations MCO	0,67	0,64	0,03
Total prestations en espèces	5,29	2,46	2,83
Dont indemnités journalières maladie et AT/MP	2,66	0,83	1,82

Chaque catégorie regroupe différent poste, la partie soins de ville regroupe :

- Les soins de médecins : le poste regroupe les soins de médecins généralistes et de spécialistes (consultations, visite, indemnités de déplacement...).
- Soins infirmiers : ce poste comprend l'ensemble des dépenses relatives aux soins infirmiers
- Soins kinésithérapie : ce poste comprend l'ensemble des dépenses relatives aux soins de kinésithérapie

- Autres professionnels de santé : le poste regroupe les soins de dentistes, de sages-femmes, d'orthophonistes, d'orthoptistes, de pédicures-podologues.
- Médicaments : le poste comprend l'ensemble des dépenses de médicaments délivrés en ville ou par les pharmacies hospitalières dans le cadre de la rétrocession.
- Autres produits de santé : le poste comprend les dépenses relatives à la liste des produits et prestations remboursables (LPP) délivrés en ville.
- Biologie : ce poste comprend l'ensemble des dépenses relatives aux actes de biologie réalisés en ville.
- Transports : ce poste comprend l'ensemble des dépenses relatives aux transports prise en charges par l'assurance maladie quel que soit le mode (ambulance, VSL, taxi...).
- Autres soins de ville : ce poste regroupe diverses dépenses prises en charges au titre des soins de ville et non détaillées précédemment.

La partie pour les hospitalisations regroupe l'ensemble des dépenses hospitalières (secteur publics et privés) :

- Des établissements de médecine, chirurgie et obstétriques (MCO): dépenses liées aux séjours ainsi qu'aux médicaments et produits pris en charges en sus des séjours.
- Des établissements psychiatriques
- Des établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR)
- Des établissements d'hospitalisation à domicile (HAD)
- Des actes et consultations externes (secteur public uniquement)

Les prestations en espèces regroupent les différentes prestations en espèces versées par l'assurance maladie et est composée des :

- Indemnités journalières versées au titre de la maladie, des accidents du travail, maladie professionnelle (maladie/ATMP)
- Indemnités journalières versées en lien avec la maternité (y compris les congés pour adoption, paternité)
- Indemnités versées pour l'invalidité (avantages de base, majoration pour tierce personne)

Pour que le périmètre des études (celle portant sur les données 2007 et la nôtre) soit identique nous ne tenons pas compte les prestations en espèces. Nous incluons toutes les maladies psychiatriques à l'exception des déficiences mentales. Tableau 7

Tableau 7 : Comparaison des résultats avec la littérature

Dépenses	Notre étude 2018	Étude de Chevreur et al, 2007
Total des dépenses en mds €	17,51	13,4
Total soins de ville	6,44	4,7
Soins de médecins	1,66	1
Soins infirmiers	0,82	0,24
Soins de kinésithérapie	0,44	
Autres professionnels de santé	0,33	-
Médicaments	2,00	2,2
Autres produits de santé	0,43	-
Biologie	0,20	0,107
Transports	0,60	0,184
Autres dépenses de soins de ville	0,04	-
Consultation ambulatoire	-	1
Total hospitalisations	10,97	8,3
Dont hospitalisations MCO	0,67	0,89

L'augmentation des dépenses entre 2007 et 2018 pourrait s'expliquer par différents facteurs :

- L'algorithme utilisé pour établir les estimations pour l'année 2018 est différent par rapport à l'année 2007. Bien que les postes de coûts sélectionnés soient similaires la méthode de calcul peut différer.
- Il y a une évolution d'effectifs et de dépenses. L'effectif de la population augmente chaque année. Il est normal qu'il y ait une augmentation chaque année en particulier lorsqu'il s'agit des personnes âgées du fait de l'allongement de l'espérance de vie qui reflète une meilleure santé de la population.

La consommation de soins est en constante augmentation (+16% en 6 ans soit 2,7% en moyenne par an) cette augmentation s'explique par la hausse du nombre de personnes ayant bénéficié au moins un remboursement de soins par le régime général a augmenté (57,8 millions en 2018, 55,9 millions en 2012). Soit une hausse de 2 millions de personnes en 6 ans. (+2,2 milliards d'euros pour les maladies psychiatriques en 6 ans et +0,3 milliards d'euros pour les traitements psychotropes.)

L'évolution de la dépense annuelle moyenne mobiliser pour chaque personnes prise en charge explique la hausse de coût médical des pathologies psychiatriques.

Enfin, il est important de noter que nos chiffres sont sous-estimés, les données épidémiologiques nationales et internationales donnent des résultats de prévalence plus élevés. Cette différence est une limite de l'algorithme de l'Assurance Maladie.

6. Conclusion

L'objectif de cette étude était d'évaluer le coût de la prise en charge du secteur médical. Pour cela nous avons utilisé essentiellement les données du rapport Charges et produits de l'Assurance Maladie. En France, le coût de la prise en charge du secteur médical est estimé à **23,4 milliards d'euros** pour l'année 2018. Ce coût n'exclut aucune catégorie et tient compte des pathologies psychiatriques et des traitements psychotropes recueillis par l'Assurance Maladie.

Ce coût représente 14% du coût total estimé pour les maladies psychiatriques en France en 2018.

Coût de la prise en charge du secteur médico-social et social

1. Élément de contexte

1.1. La santé mentale et le handicap psychique

Le concept de la santé mentale est apparu entre les années 1940 et 1960 (3). En 1946, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé comme « un état complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (4) ; Ainsi, le bien être mental est associé à la santé mentale comme étant une condition fondamentale à la qualité de vie et la productivité des individus. (5)

Le handicap est défini comme « 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. » (6)

La nouvelle loi française sur le handicap de 2005 réformant la loi de 1975 fait reconnaître la souffrance psychique comme source majeure de handicap. De ce fait, « le handicap psychique est la reconnaissance d'une limitation de la participation d'une personne à la vie sociale du fait de troubles psychiques graves qui perdurent et entraînent une gêne dans le quotidien, des souffrances et/ou des troubles comportementaux. » (7)

1.2. Le secteur médico-social et social

Le secteur médico-social est abordé par le cadre des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) et de l'aide et de l'action sociale. Ce sont des structures qui ont pour vocation d'accueillir et d'accompagner des personnes handicapées, dépendantes ou en situation d'exclusion sociale. Ils permettent de lutter contre la pauvreté, les exclusions et apporter de l'aide aux personnes âgées et handicapées. Ils offrent des aides techniques ou humaines, d'hébergement et de ressources nécessaires aux projets de vie des personnes handicapées.

L'aide sociale aux personnes handicapées concerne tous les types de handicaps, les prestations proposées ne sont pas spécifiques à la pathologie mentale.

Ainsi, ce secteur prend en charge les personnes atteintes de handicap psychique après la prise en charge du secteur sanitaire. Les personnes handicapées ont la possibilité de retourner à leurs domiciles, d'être prise en charge par les établissements médico-sociaux et sociaux (ESMS) ou d'être accueilli dans les familles d'accueil.

Les ESMS impliquent une multitude d'acteurs, d'organisations et de structures. Les acteurs jouent un rôle déterminant dans le financement de l'aide et l'action sociale.

Enfin, lorsque les personnes souffrant de handicap psychique sont accompagnées de proches qui leurs apportent de l'aide pour effectuer les activités de la vie quotidienne : les activités élémentaires (s'habiller, faire sa toilette...) et les activités instrumentales (gérer les papiers...) et des soins, nous considérons qu'il s'agit d'action sociale au titre de l'aide informelle.

1.3. Financement du secteur médico-social et social

Les ESMS s'adressent aux personnes handicapées. Il existe deux types d'établissements :

- Les établissements et services pour adultes handicapés
- Les établissements et services pour enfants et adolescents handicapés

Ils sont financés par l'Assurance Maladie, l'État, les conseils départementaux, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et les ménages.

L'Assurance maladie finance la quasi-totalité des prestations d'accueil en établissement pour les enfants et adolescents handicapés ainsi que les prestations d'allocations versées aux parents des enfants handicapés. Elle finance également la majorité des établissements pour les adultes handicapés.

L'État participe au titre de l'aide sociale par des dispositifs d'accompagnement d'aide à l'insertion professionnelle telle que les établissements et services d'aide par le travail (ESAT) ou encore par les allocations de garantie de ressource : les allocations d'adultes handicapés (AAH) et la majoration de vie autonome (MVA).

Le Conseil Départemental prend en charge le financement des allocations de compensation de charge et des dépenses d'accueil en établissement telle que les foyers d'accueil.

La CNSA centralise le financement versé par l'Assurance Maladie, l'État et le conseil départemental de manière à redistribuer les fonds sur l'ensemble du territoire en fonction des besoins.

Les ménages contribuent aussi au financement de ce secteur notamment par le reste à charge qui résulte des frais d'hébergement en établissements médico-sociaux lorsqu'il s'agit des établissements financés par l'Assurance Maladie.

2. Méthode

Dans le secteur médico-social et social, plusieurs catégories de coûts associés aux répercussions de la maladie sont à prendre en compte. Premièrement, les coûts directs associés à la prise en charge des ESMS et les allocations. Deuxièmement, les coûts indirects associés aux aidants informels des personnes atteintes de handicap psychique.

Pour déterminer les coûts des troubles psychiques pour ce secteur, nous utilisons principalement la méthode top-down/descendante. Cette méthode permet de déterminer les coûts par poste à partir des coûts globaux d'un secteur. Cependant, les sources de données et les méthodes utilisées diffèrent selon les financeurs. La méthode utilisée dans le cas des ESMS financés par les conseils départementaux est évaluée différemment des autres financeurs en raison du manque de données et des systèmes d'information.

2.1. Les ESMS

Pour déterminer le coût du handicap psychique des établissements et structures, nous partons du financement global de chaque établissement ou service pour tous handicaps confondus pour l'année 2018 puis nous appliquons le pourcentage des personnes atteintes de déficience psychique.

Dans le cas où les données ne sont pas disponibles, nous calculons le budget imputé au handicap psychique en multipliant le coût moyen par place installée et le nombre de personne installée dans l'établissement. Puis nous appliquons le pourcentage de personne souffrant de trouble psychique.

Nous allons détailler les méthodes utilisées pour évaluer chaque poste de dépenses alloués au handicap psychique des secteurs sociaux et médico-sociaux en fonction des financeurs.

La liste des ESMS détaillant les financeurs ainsi que leurs fonctions sont présentées dans les *Annexe 3* et *Annexe 4*.

2.1.1. Financement par l'État, l'AM et la CNSA

Pour les établissements d'accueil temporaires pour les adultes handicapés (EATAH) ; les enfants handicapés (EATEH) ; les établissements expérimentaux pour les adultes handicapés (EEAH) ; les enfants handicapés (EEEH), les jardins d'enfant spécialisés (JES), les foyers et les établissements pour les jeunes déficients sensoriels, le budget global n'étant pas disponible, nous avons obtenu le coût moyen à la place installée à l'aide du rapport de la CNSA – Analyse des comptes administratifs 2017-2018 (8). Le nombre de place installée dans ces établissements au 31 Décembre 2018 provient, quant à lui, du rapport Panorama statistique, jeunesse, sports, cohésion sociale 2019 de la DREES. (9)

Pour les autres ESMS, nous avons pu obtenir le coût total annuel à partir de différentes publications :

- Le coût annuel des établissements et services d'aide par le travail (ESAT) provient du rapport de Jagorel et al, 2019 (10)
- Le budget total annuel des centres de pré-orientations (CPO), centre de rééducation professionnelle (CRP), les unités Évaluation Réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle (UEROS) et les maisons d'accueil spécialisées (MAS) sont issus des publications de la DREES – Les dépenses de santé en 2018 Edition 2019. (11)
- Il en est de même pour le coût annuel des centres d'action médicale précoces (CAMSP), des établissements polyhandicapés (EP), des services d'éducation spécialisée à domicile (SESSAD), des instituts médico-éducatif (IME) et des institut thérapeutiques, éducatifs, pédagogiques (ITEP) qui sont issus d'une publication de la DREES – panorama de la DREES – Les dépenses de santé en 2018 Edition 2020. (11)
- Enfin, le coût annuel des groupes d'entraide mutuelle (GEM) ont été obtenu à l'aide du bilan d'activité des GEM édition 2019. (12)

En revanche, le budget annuel des centres médico psycho pédagogiques (CMPP) sont calculé à partir du coût par séance qui provient d'un rapport de l'ARS (13) et le nombre de séance effectué durant l'année 2018 qui est défini sur les dires des experts.¹

De manière générale, nous avons déterminé le pourcentage de personne atteint de déficience psychique dans les établissements d'adulte handicapé à partir de l'enquête ES 2018 de la DREES : L'aide et l'action sociale en France - Edition 2020. (11) à l'exception des GEM, des FAM et des foyers (FO, FV, FH, FP). Nous avons utilisé le bilan d'activité de 2018 pour les GEM. (12)

¹ Données provenant des dires des experts : psychiatre et président de la fédération CMPP.

Les pourcentages des enfants et adolescents atteints de handicap psychique dans les ESMS proviennent également de l'enquête ES 2018 de la DREES – l'aide et l'action sociale en France (11), à l'exception des CMPP qui s'adresse exclusivement aux enfants et adolescents ayant une déficience psychique. (7)

2.1.2. Financement par le conseil départemental

Dans le cas du financement par le conseil départemental, peu de données sont disponibles par type d'établissement et structure. Le financement accordé pour un établissement diffère selon les départements. A notre connaissance, il n'existe pas de système d'information permettant d'obtenir le budget annuel ou le coût moyen à la place installée par type d'établissement en France. Cependant, nous connaissons le budget total des dépenses des conseils départementaux alloué à l'accueil à l'établissement pour tous handicaps confondus. Les établissements concernés sont les foyers de vie et occupationnels, les foyers d'hébergements les établissements d'accueil médicalisé en tout ou partie pour personnes handicapées (EANM), les établissements d'accueil non médicalisé pour personnes handicapées (EAM) et les foyers d'accueil médicalisés (FAM).

Le coût annuel global des services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et Médico-sociaux pour adultes Handicapés (SAMSAH) sont obtenus par le rapport de la DREES. - l'aide et l'action sociale 2018 Edition 2019. (14)

Nous avons utilisé les données émanant des panoramas de la DREES – l'aide et l'action sociale en France Edition 2020 pour déterminer la part des personnes atteintes de déficience psychique pour les FAM ou des EAM, des foyers : FO, FH, FP, FV ou EANM ainsi que les SAVS et SAMSAH. (11)

Nous déterminons une moyenne pondérée à partir de chaque pourcentage de déficient psychique selon le type d'établissement afin de mesurer le budget total imputé au handicap psychique dans les différents types d'établissements. Le détail des calculs est présenté dans *l'Annexe 5*.

2.1.3. Financement par les ménages

Il est difficile de déterminer le reste à charge des ménages au sein des établissements médico-sociaux.

Pour les établissements financés par l'Assurance Maladie, les personnes hébergées qui ont plus de 20 ans doivent s'acquitter d'un forfait journalier d'un montant de 20 euros depuis le 1^{er} janvier 2018. (15)

Pour les établissements financés par les autres acteurs, les personnes hébergées doivent contribuer à des frais fixés par la réglementation des établissements. Ces frais dépendent de la commission d'admission à l'aide social du département, des ressources de l'hébergé et de différentes réglementations.

Cependant, nous avons réalisé une estimation des coûts liées à l'accueil en établissement à la charge du ménage qui réside dans un établissement en exploitant le forfait journalier. Dans le cas des foyers, nous supposons que le ménage s'acquitter d'un forfait journalier identique à celui des établissements financés par l'Assurance Maladie par manque de donnée.

Nous avons supposé que les ménages payent un forfait journalier de 20 euros lorsqu'elles sont hébergées dans les MAS, FAM, EATAH, EEAH et les foyers FV, FO, FP, FH. Nous avons multiplié le nombre de personnes handicapées atteintes de déficience psychique par le forfait journalier sur l'ensemble de l'année.

2.2. Les allocations

Pour déterminer les coûts associés aux allocations, nous déterminons dans un premier temps les allocations attribuées aux personnes handicapées souffrant de trouble psychique. Il existe deux types d'allocation : les allocations garantissant un minimum de ressources et les allocations de compensation de charge destinées à assurer une aide humaine ou technique.

La liste des allocations destinées aux personnes en situation de handicap psychique est présentée en *Annexe 6*.

Nous avons obtenu le budget total et le nombre de bénéficiaire à partir des publications de la DREES et des publications de différents auteurs.

Le nombre d'allocataire de la prestation de compensation du handicap (PCH), l'allocation compensatrice pour personne tierce (ACTP) et l'allocation d'éducation d'enfant handicapé (AEEH) ainsi que les budgets annuels de la PCH, l'ATCH proviennent de la publication de la DREES : l'aide et l'action sociale Edition 2020. (11) Le nombre de bénéficiaire de l'allocation d'adulte handicapé (AAH) et le budget annuel associé est tiré de l'étude de la DREES : En 2018, le nombre d'allocataire de minima sociaux repars à la hausse de la DREES. (16) Enfin, le budget total de l'AEEH a été calculé à partir du coût moyen par enfant en 2006 à partir d'une publication de la DREES : augmentation des bénéficiaires de l'AEEH et de l'activité des CDAPH concernant les enfants handicapés en 2006. (17)

Concernant les pourcentages des bénéficiaires en situation de handicap psychique, ils proviennent de l'enquête AAH, de l'étude de la DREES : l'aide et l'action sociale pour l'AEEH (11), et d'une étude de Do Los Santos 2001 pour la PCH et l'ATPH. (18)

Nous avons également choisi de prendre en compte l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) qui s'adresse aux personnes âgées à partir de 60 ans. En effet, à partir de 60 ans, les personnes ayant les droits ouverts pour la PCH peuvent choisir de maintenir leurs droits pour cette prestation ou prétendre à l'allocation autonomie personnalisée (APA). Ainsi, il est probable qu'une partie des bénéficiaires de l'APA souffrent de handicap psychique.

Les sources de données utilisées pour déterminer le nombre de bénéficiaire de l'APA et le budget annuel alloué proviennent d'une publication de la DREES : l'aide et l'action sociale 2020. (11)

Premièrement, pour déterminer le pourcentage de personne étant en situation de handicap psychique pour cette allocation, nous avons identifié la proportion des bénéficiaires de la PCH en fonction des tranches d'âges à partir des jeux de données disponibles de la DREES. (19) Deuxièmement, nous avons identifié la proportion de la population totale en France en fonction de ces tranches d'âge à partir des données de l'INSEE. (20) Ensuite, nous avons déterminé le nombre de bénéficiaire de la PCH atteint de handicap psychique à l'aide la part

des bénéficiaires atteints de troubles psychiques issue de l'étude Lo Dos Santos 2011. (18) Enfin, nous avons déterminé le pourcentage de personnes supposées recevoir l'APA et qui recevaient anciennement la PCH en rapportant notre dernier résultat au nombre de bénéficiaires de l'APA qui est issue d'une publication de la DREES. (11)

Le détail de calcul est présenté en *Annexe 7*.

2.3. Les aidants informels

L'objectif est d'estimer les dépenses des soins réalisées par les aidants non professionnels auprès de leurs proches : les aides informelles. Nous posons l'hypothèse que les aidants informels réalisent le travail d'un aide-soignant.

Dans un premier temps, à l'aide des résultats de l'enquête handicap santé 2008-2009 et des publications de l'INSEE, nous déterminons le nombre de personnes handicapées administrativement en France pour l'année 2018 pour pouvoir déterminer le nombre de personnes handicapées souffrant de handicap psychique. Dans un second temps, nous déterminons le nombre d'aidants informels de personnes en situation de handicap psychique à partir d'une publication de la DREES. (20–24)

Enfin, à l'aide de l'enquête Baromètre BVA de la Fondation April et plus particulièrement des données de la vague 4 portant sur les données 2018 et d'une publication de la DREES, nous estimons le nombre d'heures consacrées par les aidants aux soins des personnes souffrant de handicap psychique. (25)

Pour finir, nous valorisons le nombre d'heures obtenues par le salaire horaire d'un aide-soignant à domicile en France à 10€25. (26)

3. Résultats

3.1. Le coût des ESMS

3.1.1. Les ESMS financés par l'État, l'AM et la CNSA

En France, le budget total des ESMS adultes, enfants et adolescents handicapés financé par l'État, l'Assurance Maladie et la CNSA s'élève à **3,33 milliards d'euros** pour l'année 2018 soit 70% du coût global des ESMS destinés aux personnes handicapées psychiques. (**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**)

Le détail des dépenses par établissement financé par l'Assurance Maladie, l'État et la CNSA est présenté dans l'*Annexe 8*.

3.1.2. Les ESMS financés par le conseil départemental

Pour l'année 2018, les dépenses globales du conseil départemental sont de 8,4 milliards d'euros dont 5,2 milliards d'euros pour l'aide à l'accueil et 2,5 milliards d'euros pour l'aide à domicile. D'autres dépenses sont engagées par le conseil départemental notamment celles liées aux services d'accompagnement : SAVS et SAMSAH. Elles représentent 0,7 milliards d'euros.

La part des personnes ayant une déficience psychique au sein des établissements d'accueil financés par le conseil départemental est de 21,17%. Le coût annuel de l'aide à l'accueil pour les personnes atteintes de handicap psychique est donc de 1,10 milliards d'euros et les coûts

liés aux services d'accompagnement est de 0,12 milliards d'euros. Ainsi, le budget global des conseils départementaux alloué à l'hébergement des personnes en situations de handicap psychique est estimé à **1,22 milliards d'euros** soit 25% du coût global des ESMS. (*Erreur ! Source du renvoi introuvable.*)

L'Annexe 9 détaille le coût par établissement financé par le conseil départemental.

3.1.3. Les ESMS financés par les ménages

Nous admettons que les ménages s'acquittent d'un forfait journalier de 20 euros sur l'ensemble de l'année lorsqu'ils sont hébergés dans un des établissements suivants : MAS, FAM, EATAH, EEAH, FV, FH, FO et FP.

Le budget global des ménages est évalué à **0,23 milliards d'euros**. (Annexe 10 et Figure 2)

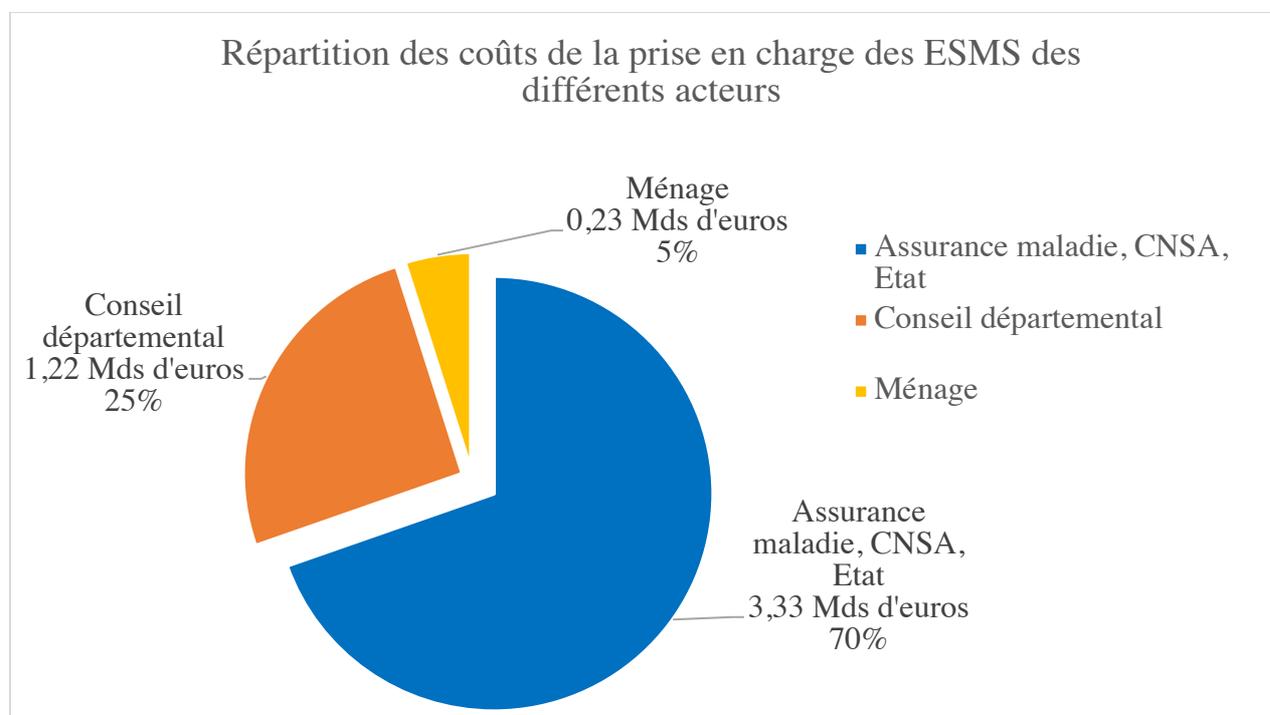


Figure 2 : Répartition des coûts de la prise en charge des ESMS des différents acteurs

3.2. Le coût des allocations

Les prestations de garantie de ressources sont estimées à 2,92 milliards d'euros soit 89% du coût total des allocations destinées aux personnes handicapées psychiques tandis que les allocations de compensation de charge s'élèvent à 354 millions d'euros. (Figure 3)

Le montant global des allocations versées aux personnes atteintes de handicap psychique s'élève à **3,28 milliards d'euros** pour l'année 2018.

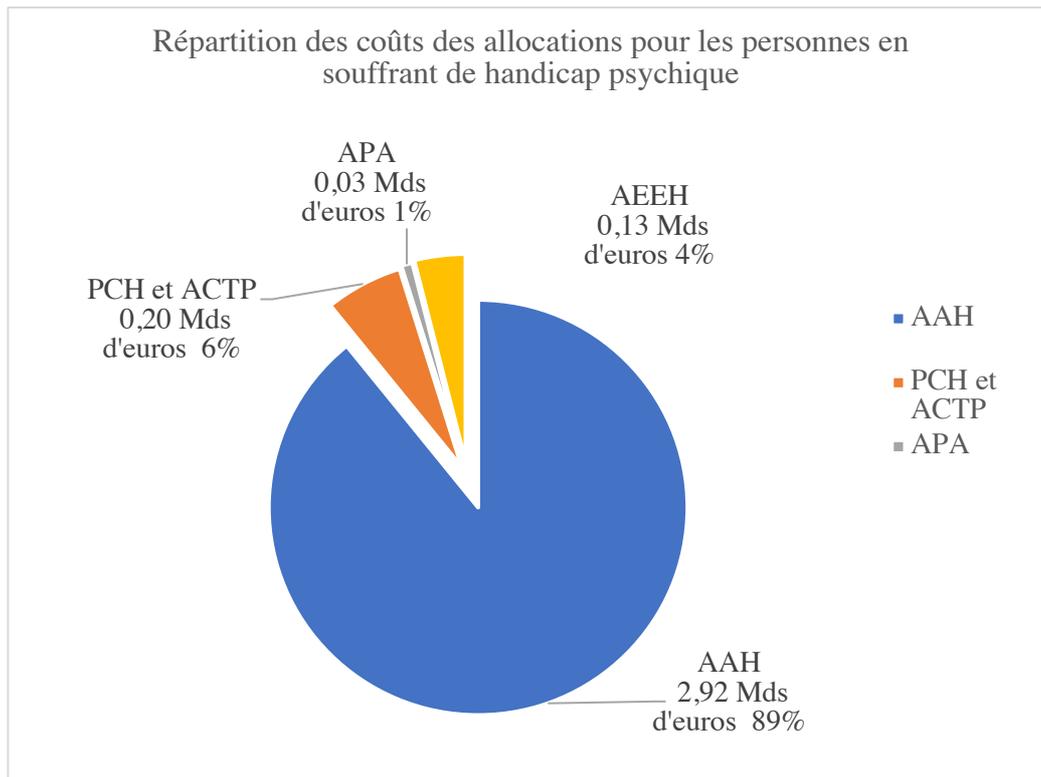


Figure 3 : Répartition des coûts des allocations pour les personnes handicapées psychiques

Le détail des dépenses est présenté dans l'Annexe 11.

3.3. Le coût de l'aide informelle

En France, 9,6 millions de personnes sont reconnues handicapées administrativement. (21) D'après une étude de la DREES, 28% des personnes handicapées sont atteintes de handicap psychique. Parmi eux, 40% perçoivent une aide qui est à 62% informelle. Ainsi, nous estimons que 666 624 personnes en situation de handicap psychique perçoivent une aide informelle. A partir des résultats de la vague 4 de l'enquête baromètre de la fondation April nous calculons le nombre d'aidant de personne atteint de handicap psychique. 66% d'aidant informel aide un proche, 24% aide deux proches et 10% aide 3 proches. Nous estimons le nombre total d'aidant informel à 541 965. D'après une publication de la DREES, un aidant consacre en moyenne 1h par jour soit 7h par semaine. Nous valorisons ces heures au salaire horaire d'un aide-soignant à domicile estimé à 10,25€. (22–26)

Ainsi le coût global alloué par les aidants informels pour les personnes en situation de handicap psychique est estimé à **2,1 milliards d'euros** pour l'année 2018.

3.4. Les coûts totaux

Les dépenses totales liées à la prise en charge des personnes atteintes de handicap psychique ont été estimées à **10,16 milliards d'euros**.

Elles se répartissent par les coûts formels c'est-à-dire les coûts de la prise en charge des ESMS et les allocations versées aux personnes atteintes de handicap psychique et les coûts informels qui reflètent les coûts liés aux aides informelles.

Le *Tableau 8* ci-dessous détaille les coûts totaux en fonction des différents postes de dépenses. La *Figure 4* montre le poids de chaque poste de dépenses.

Tableau 8 : Répartition des postes de dépenses du secteur médico-social et social

Poste de dépense	Dépense totale en 2018 en Milliards d'euros
Dépenses formelles	8,06 €
ESMS	4,78 €
<i>Dont : Assurance Maladie, la CNSA et l'État</i>	<i>3,33 €</i>
<i>Conseil départemental</i>	<i>1,22 €</i>
<i>Ménages</i>	<i>0,23 €</i>
Allocations	3,28 €
<i>Dont : Allocations de compensation de charges</i>	<i>0,35 €</i>
<i>Allocations de garantie de ressources</i>	<i>2,92 €</i>
Dépenses informelles	2,10 €
<i>Aide informelle</i>	<i>2,10 €</i>
Total	10,16 €

Lecture : Le coût de la prise en charge des ESMS pour les personnes handicapées psychiques est estimé à 4,78 milliards d'euros.

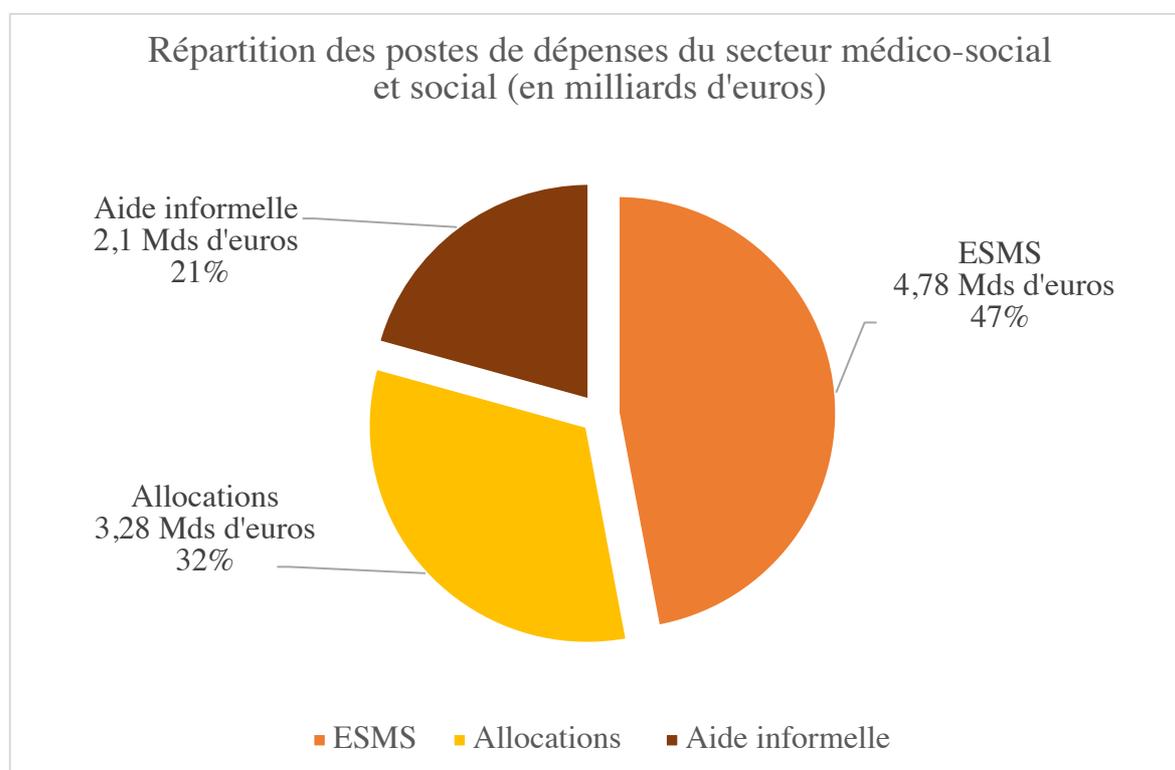


Figure 4 : Répartition des postes de dépenses du secteur médico-social et social

4. Discussion

4.1. Résultat de l'étude

Cette étude permet d'estimer le coût de la prise en charge des personnes atteintes de handicap psychique dans le secteur médico-social et social pour l'année 2018. Ce secteur est composé des dépenses formelles par le cadre des établissements sociaux et médico-sociaux et de l'aide social et de l'action sociale et des dépenses informelles par l'aide informelle.

Dans un premier temps, nous avons déterminé le coût de la prise en charge des adultes, enfants et adolescents atteint de handicap psychique selon les financeurs des établissements. Les dépenses totales pour les ESMS s'élèvent 4,78 milliards d'euros tous financeurs confondus. Dans un second temps, nous avons déterminé les allocations versées aux personnes handicapées psychiques. La dépense totale est estimée à 3,28 milliards d'euros. Pour finir, nous avons estimé le coût de l'aide informelle prodigués par les proches aidants auprès des personnes souffrance de handicap psychique. Cette dépense est estimée à 2,1 milliards d'euros.

Nous estimons que les dépenses liées à la prise en charge des personnes handicapées psychiques pour le secteur médico-social et social sont de 10,16 milliards d'euros pour l'année 2018.

La part des dépenses de l'Assurance Maladie et l'État sont les plus importants. Pour les allocations, la part des dépenses de l'État est estimé à 89%, elle ne concerne que l'AAH. Le conseil départemental contribue à hauteur de 7% par le biais de la PCH, ACTP et l'APA. La dernière part est celle de l'assurance maladie qui représente 4% avec l'AEEH.

En ce qui concerne les ESMS, l'assurance maladie finance à hauteur de 70% l'ensemble des ESMS pour les personnes en situation de handicap psychique. On estime que le conseil départemental finance à 25% et les ménages contribuent à 5%.

4.2. Comparaison avec la littérature

Tableau 9 : Comparaison de nos résultats avec la littérature

	Étude Chevreul et al, 2013 (27) (Données 2007) En milliards d'euros	Notre étude (Données 2018) En milliards d'euros
Allocations	2	3,28
Dont : Garantie de ressource minimum	1,6	3
Allocation de compensation de charge	0,2	0,354
ESMS	3	4,78
Dont : AM, État, CNSA	2,1	3,33
Conseil départemental	0,7	1,22
Ménages	0,1	0,23
Aide informelle	1,3	2,08
Total	6,3 Milliards d'euros	10,14 Milliards d'euros

A notre connaissance, peu d'étude sont disponible concernant le coût de la prise en charge de la santé mentale en France. Nos résultats semblent cohérents avec l'étude : « The cost of mental disorders in France » de Chevreul et al, réalisée pour l'année 2007 et les évolutions des prestations au fil du temps. (27) (Tableau 9)

Cette étude a montré que le coût de la prise en charge pour le secteur médico-social et social s'élève à 6,1 milliards d'euros pour l'année 2007. Dans notre étude, nous estimons le coût du secteur médico-social et social à 10,16 milliards d'euros.

Prenons l'exemple des allocations et plus précisément l'AAH, le nombre de bénéficiaire a augmenté de 48% de 2007 à 2018 ainsi le budget alloué à cette allocation a presque doublé passant de 5,3 milliards pour tout handicap confondu en 2007 à 9,7 milliards d'euros en 2018. (11,14,28,29)

Les dépenses du conseil départemental ont presque doublé entre 2006 et 2018, le nombre de prestations est passé de 266 000 à 546 000 et les dépenses de 5,3 à 8,4 milliards d'euros. Cette hausse s'explique notamment par l'élargissement de la prise en compte des conséquences du handicap, de la mise en place de la PCH en 2006 et de l'augmentation du nombre d'aide à l'accueil lié au développement de l'offre en établissements médico-sociaux. La PCH connaît une montée en charge qui est dû à l'élargissement des conditions d'attribution par rapport à l'ACTP, le nombre de bénéficiaire de la PCH augmente de 37% en cinq ans. Le nombre de bénéficiaire de l'ACTP et la PCH ont été multiplié par trois depuis 2006 passant de 138 300 à 373 100. De même, les dépenses associées ont été multiplié par 3,5 passant de 718 millions en 2006 (818 millions d'euros en 2007) à 2,4 milliards d'euros pour l'année 2018. (11,29)

Dans les établissements médico-sociaux, « le nombre total de places d'accueil et d'accompagnement a augmenté plus vite de la population ». L'ensemble des établissements et services pour adultes et enfants ont augmenté de 7,4% entre 2014 et 2018. (11,14)

4.3. Points forts et limites

A notre connaissance, il n'existe pas d'études sur le coût de la prise en charge des personnes atteintes de handicap psychique pour le secteur médico-social et social en France pour l'année 2018. Nous avons choisi la méthode descendante pour évaluer ces coûts car elle est plus convaincante pour les décideurs politiques qui s'intéressent à la charge des financeurs (l'État, la CNSA, l'assurance maladie, le conseil départemental etc.) et par la maladie. De plus cette méthode permet d'éviter les doubles comptages de donnée. (27)

Cependant, notre étude présente quelques limites. Premièrement, le nombre de place installée dans les CMPP a été estimé par les dires d'experts. Certaines données proviennent des enquêtes antérieures à notre année de référence. Deuxièmement, il n'existe pas de système d'information global pour l'aide sociale notamment ceux financés par le conseil départemental, ainsi ces coûts sont des estimations. Le financement des ménages est aussi basé sur des estimations. En effet, les données concernant le reste à charge des ménages sont peu existantes, ils sont variables selon le type d'établissement et les départements.

5. Conclusion

Le coût de la prise en charge des personnes souffrant de handicap psychique pour le secteur médico-social et social représente un coût non négligeable de **10,16 milliards d'euros**. Ce coût représente 6% des coûts totaux de la pathologie psychiatrique en France pour l'année 2018. D'autres études sur les coûts indirects sont à déterminer notamment la perte de la qualité de vie et la perte de productivités pour évaluer le fardeau de la santé mentale en France.

Coût de la perte de qualité de vie

1. Introduction

Lorsque l'on fait référence à la qualité de vie dans le domaine de la santé, la définition communément citée est celle publiée par l'OMS en 1993 : "La qualité de vie est définie comme la perception qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est donc un concept très large qui peut être influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique et son niveau d'indépendance, ses relations sociales et sa relation aux éléments essentiels de son environnement".

Le concept de qualité de vie est apparu dans les années 1970 comme un critère important de l'évaluation en santé. Le critère de survie ou de morbidité n'apparaît plus suffisant pour évaluer le progrès médical (1)(2). Depuis, selon la HAS, la mesure subjective de la qualité de vie liée à la santé s'est imposée comme une dimension légitime de l'évaluation du bénéfice des interventions de santé permettant d'évaluer l'impact d'une pathologie du point de vue du patient.

Cette étude se concentre sur le coût de la perte de la qualité de vie des troubles mentaux et des addictions. Nous n'utiliserons pas une mesure de mortalité mais un indicateur de santé : les années de vie corrigées de l'incapacité - AVCI (Disability Adjusted Life Years - DALYs). Les DALYs combinent les années de vie perdues en raison de la mortalité prématurée avec les années de vie perdues en raison de l'invalidité et semblent donc mieux à même de capter le fardeau des troubles mentaux et des addictions.

La première partie de cette étude résumera les estimations de la charge des troubles mentaux et des addictions telles que présentées par l'étude Global Burden of Disease and Injury (GBD) pour l'année 2018 afin de déterminer le nombre de DALYs. La seconde partie sera basée sur les coûts associés aux DALYs des troubles mentaux et de l'addiction.

2. Méthode

2.1. Données

L'étude GBD met à jour chaque année tous les indicateurs de charge pour toutes les catégories de maladies. Il estime l'incidence, la prévalence, la mortalité, les années de vie perdues (YLL²), les années de vie avec incapacité (YLD³) et les années de vie corrigées de l'incapacité (DALY⁴) pour 369 maladies et traumatismes, pour les deux sexes et pour 204 pays et territoires pour la période 1990-2019. Cela inclut les troubles mentaux et les addictions.

Les troubles mentaux et les troubles liés à la dépendance ne représentent qu'une petite partie de ces publications, et la dernière mise à jour axée sur ces troubles était basée sur le GBD 2010 (3). Notre revue est basée sur le GBD 2018 provenant des données disponibles dans Global Health Data Exchange - GHDx.

² Years of life lost

³ Years lived with disability

⁴ Disability Adjusted Life Years

2.2. Une mesure épidémiologique : le DALY

Le DALY est l'outil de mesure le plus largement utilisé pour quantifier le fardeau des maladies. Il prend en compte les coûts intangibles de la maladie, ceux qui sont liés à la souffrance et à la douleur. Cet indicateur spécifique permet d'additionner la morbidité et la mortalité et donc de comparer la santé idéale, sans maladies, avec la santé réelle. La qualité de vie intègre une santé multidimensionnelle ; autant sociale, que physique ou psychologique. Un DALY correspond à une année de vie perdue en « bonne santé ». Un DALY de zéro, fait référence à une santé parfaite. A l'inverse un DALY de 1 fait référence à un décès. (4–6).

Le fardeau d'une maladie mesuré en DALY correspond donc à la somme des années de vies perdues du fait d'une mort prématurée due à une maladie : la mortalité (YLL) ; et les années de vie lésées par une maladie déclarée (YLD) (7) : la morbidité.

Son mode de calcul issu de l'OMS est le suivant :

$$DALY = (YLL) + (YLD)$$

$$YLL = (D * L)$$

$$YLD = (P * DW^5)$$

Où : YLL = Années de vie perdues

D = Nombre de décès

L = Espérance de vie standard à l'âge du décès

P = Prévalence du trouble considéré

DW = le coefficient de sévérité attribué à ce trouble (le poids de la maladie)

Nous exploitons les données mise à disposition par l'OMS à partir du global Health Data Exchange – GHDx. (8) et plus précisément les données émanant des catégories « troubles mentaux » et « troubles liés à la consommation de substance ».

Le Tableau 10 détaille la composition des troubles mentaux et des troubles liés à la consommation de substances que nous retenons dans le champ de la maladie psychiatrique de notre étude.

⁵ Disability-weight

Tableau 10: Composition des troubles mentaux et des troubles de l'addiction

Troubles mentaux
Schizophrénie
Troubles dépressifs
Dont Trouble dépressif majeur
Dont Dysthymie
Troubles bipolaires
Troubles anxieux
Troubles de l'alimentation
Dont Anorexie nerveuse
Dont Boulimie nerveuse
Troubles du spectre autistique
Trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité
Trouble des conduites
Déficience intellectuelle développementale idiopathique
Autres troubles mentaux
Troubles liés à la consommation de substances
Troubles liés à la consommation d'alcool
Troubles liés à la consommation de drogues
Dont de opioïdes
Dont de cocaïne
Dont d'amphétamines
Dont de cannabis
Dont Autres drogues

2.3. Valorisation monétaire

Pour obtenir le coût associé à la perte de la qualité de vie des troubles mentaux et des troubles de l'addiction, nous choisissons de valoriser les DALYs par la valeur de l'année de vie : value of life years (VOLY) proposée dans les études Mason et al, 2009 et G De Pourville et al, 2020 soit 45 064€ et 120 185€ respectivement. (9,10)

3. Résultats

3.1. Prévalence

Globalement, plus de 12 millions de personnes en France étaient affectées par des troubles mentaux ou de dépendance en 2018 (11). Avec une prévalence de 12 400 908 et un intervalle de confiance de [11 343 141 ; 13 584 263] (11); soit environ 19% de la population française. Ces troubles ont affecté les femmes et les hommes à un degré presque similaire : 6 741 499 femmes (6 131 945 ; 7 444 501) et 5 659 408 hommes (5 168 688 ; 6 214 234) en ont souffert. La prévalence des troubles mentaux et des troubles liés à la dépendance ajustée en fonction de l'âge était de 17 375 cas pour 100 000 pour les hommes contre 19 012 cas pour 100 000 pour les femmes. (Tableau 11)

Cependant, la prévalence globale masquait des différences marquées dans les taux ajustés selon l'âge pour les différentes catégories de maladies. Les femmes présentaient des taux plus élevés pour tous les troubles d'internalisations c'est-à-dire les troubles dépressifs, anxieux, liée à la consommation d'alcool et les troubles bipolaires. La prévalence ajustée selon l'âge de la schizophrénie était presque similaire selon le sexe.

Il est préférable d'exploiter les taux ajustés à l'âge pour les indicateurs pour les comparaisons, car autrement, pour les analyses de tendances, nous interpréterions principalement les changements de population c'est-à-dire la croissance globale de la population ou les changements de distribution de la population c'est-à-dire les changements associés à la transition épidémiologiques.

Tableau 11 : Prévalence des troubles mentaux et des troubles liés à la consommation de substance en 2018 pour 100 000 personnes (11)

Catégorie de trouble	Hommes			Femmes			Ensemble		
	Estimation	Supérieur	Inférieur	Estimation	Supérieur	Inférieur	Estimation	Supérieur	Inférieur
Troubles mentaux et addiction	17 375	19 192	15 777	19 013	21 156	17 165	18 224	20 091	16 601
Troubles mentaux	13 204	14 464	12 087	16 926	18 758	15 338	15 108	16 555	13 829
Schizophrénie	271	330	217	266	323	211	269	326	216
Troubles dépressifs	2 873	3 291	2 534	4 760	5 450	4 170	3 831	4 358	3 377
Trouble dépressif majeur	1 904	2 204	1 636	3 631	4 245	3 122	2 783	3 215	2 403
Dysthymie	1 015	1 329	783	1 244	1 635	949	1 130	1 474	864
Troubles bipolaires	788	983	611	1 017	1 283	786	904	1 127	704
Troubles anxieux	3 953	4 911	3 066	8 538	10 688	6 776	6 272	7 819	5 045
Troubles de l'alimentation	234	305	168	703	885	535	467	590	358
Anorexie nerveuse	58	84	41	224	310	158	141	194	101
Boulimie nerveuse	177	248	120	482	650	334	329	442	229
Troubles du spectre autistique	759	894	645	158	184	135	457	534	390
Trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité	2 119	2 847	1 489	861	1 178	602	1 500	2 014	1 052
Trouble des conduites	809	1 041	609	436	593	287	627	810	457
Déficience intellectuelle développementale idiopathique	397	702	87	545	823	247	472	756	168
Autres troubles mentaux	1 943	2 492	1 490	1 261	1 620	966	1 594	2 052	1 229
Troubles liés à la consommation de substances	4 171	4 728	3 690	2 087	2 398	1 827	3 116	3 536	2 772
Troubles liés à la consommation d'alcool	2 865	3 386	2 368	1 192	1 457	973	2 015	2 392	1 693
Troubles liés à la consommation de drogues	1 418	1 648	1 230	934	1 086	798	1 177	1 364	1 017
De opioïdes	245	312	196	272	361	203	259	332	203
De cocaïne	87	118	62	44	61	31	65	89	47
D'amphétamines	97	134	64	59	83	40	78	109	52
De cannabis	969	1 184	795	535	660	432	753	919	622
Autres drogues	43	52	35	41	53	32	42	52	34

3.2. Années de vie corrigées de l'incapacité - DALY

Les troubles mentaux et les troubles liés à la dépendance représentent une charge de morbidité considérable (toutes les données proviennent des données de GBD (11)). En 2018, 1,8 millions de DALYs ont été perdus en raison de ces troubles (intervalle de confiance à 95% : [1 390 658 ; 2 376 189]) soit 10,33% de tous les DALYs perdus en France cette année-là. La charge de morbidité était à peu près la même chez les femmes (997 394 DALYs : intervalle de confiance de 95% (738011 ;1301510) que chez les hommes (844 314 DALYs : intervalle de confiance de 95% (643102 ;1083845).

Dans l'ensemble, les DALYs liées aux troubles mentaux et à l'addiction sont dues à des troubles de la dépression, de l'anxiété, la consommation d'alcool et de drogues, avec des taux globaux ajustés selon l'âge de : 672, 601, 334 et 230 pour 100 000 respectivement. Les troubles dépressifs sont à l'origine du grand nombre de DALYs pour les femmes, suivis par les troubles anxieux, tandis que les troubles liés à la consommation d'alcool et les troubles dépressifs arrivent respectivement en première et deuxième position chez les hommes.

Le Tableau 12 donne un aperçu des taux DALYs ajustés selon l'âge en fonction des différentes catégories de maladies et leurs intervalles de confiance à 95%.

Les DALYs, YLDs et YDDs selon les catégories des maladies et de sexe sont présentés dans le Tableau 13.

Tableau 12 : Taux de DALYs ajustés par âge pour 100 000 personnes causés par des troubles mentaux et de l'addiction en 2018 (11)

Catégorie de trouble	Hommes			Femmes			Ensemble		
	Estimation	Supérieur	Inférieur	Estimation	Supérieur	Inférieur	Estimation	Supérieur	Inférieur
Troubles mentaux et addiction	2 457	3 186	1 847	2 760	3 621	2 018	2 610	3 391	1 948
Troubles mentaux	1 678	2 235	1 215	2 404	3 169	1 745	2 046	2 696	1 497
Schizophrénie	176	237	123	167	221	117	172	227	120
Troubles dépressifs	490	685	341	851	1 186	587	673	933	467
Trouble dépressif majeur	391	546	265	731	1 021	495	564	788	384
Dysthymie	99	149	61	119	182	73	109	166	68
Troubles bipolaires	172	268	99	217	335	127	195	301	115
Troubles anxieux	384	543	257	814	1 142	537	601	839	400
Troubles de l'alimentation	50	76	31	151	221	96	100	146	64
Anorexie nerveuse	13	21	7	50	78	31	31	48	19
Boulimie nerveuse	38	60	22	101	159	60	69	107	41
Troubles du spectre autistique	116	167	78	24	34	16	70	99	47
Trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité	26	45	14	10	18	6	18	32	10
Trouble des conduites	99	158	57	53	87	28	76	122	43
Déficience intellectuelle développementale idiopathique	19	36	5	25	43	11	22	39	8
Autres troubles mentaux	146	217	91	92	140	59	119	179	75
Troubles liés à la consommation de substances	780	952	632	356	452	272	564	695	451
Troubles liés à la consommation d'alcool	510	634	407	165	215	125	334	416	265
Troubles liés à la consommation de drogues	270	332	212	191	251	143	230	288	179
De opioïdes	171	214	134	140	192	101	156	201	118
De cocaïne	17	24	11	7	11	4	12	17	8
D'amphétamines	18	27	12	10	15	6	14	21	9
De cannabis	28	43	17	15	23	10	22	32	14
Autres drogues	36	47	28	18	25	13	27	36	21

Tableau 13 : DALYs, YLLs et YLDs des troubles mentaux et de l'addiction pour l'année 2018 (11)

Catégorie de trouble	Hommes			Femmes			Ensemble		
	DALYs	YLDs	YLLs	DALYs	YLDs	YLLs	DALYs	YLDs	YLLs
Toutes les causes	8 862 715	3 581 240	5 281 474	8 963 010	5 114 222	3 848 788	17 825 725	8 695 462	9 130 263
Troubles mentaux et addiction	844 314	718 757	125 558	997 394	957 412	39 981	1 841 708	1 676 169	165 539
Troubles mentaux	569 050	568 996	53	869 570	868 798	773	1 438 620	1 437 794	826
Schizophrénie	63 966	63 966	-	66 535	66 535	-	130 502	130 502	-
Troubles dépressifs	179 382	179 382	-	330 039	330 039	-	509 421	509 421	-
Trouble dépressif majeur	142 710	142 710	-	284 412	284 412	-	427 123	427 123	-
Dysthymie	36 672	36 672	-	45 626	45 626	-	82 298	82 298	-
Troubles bipolaires	60 412	60 412	-	80 047	80 047	-	140 458	140 458	-
Troubles anxieux	126 045	126 045	-	283 087	283 087	-	409 132	409 132	-
Troubles de l'alimentation	13 592	13 539	53	40 476	39 703	773	54 068	53 242	826
Anorexie nerveuse	3 330	3 277	53	13 173	12 491	681	16 503	15 769	734
Boulimie nerveuse	10 262	10 262	1	27 303	27 212	91	37 565	37 473	92
Troubles du spectre autistique	35 039	35 039	-	7 489	7 489	-	42 529	42 529	-
Trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité	6 374	6 374	-	2 512	2 512	-	8 886	8 886	-
Trouble des conduites	23 283	23 283	-	11 885	11 885	-	35 168	35 168	-
Déficience intellectuelle développementale idiopathique	5 586	5 586	-	7 969	7 969	-	13 555	13 555	-
Autres troubles mentaux	55 369	55 369	-	39 531	39 531	-	94 900	94 900	-
Troubles liés à la consommation de substances	275 264	149 760	125 504	127 823	88 615	39 209	403 088	238 375	164 713
Troubles liés à la consommation d'alcool	191 760	97 300	94 460	62 973	40 648	22 325	254 733	137 948	116 785
Troubles liés à la consommation de drogues	83 505	52 461	31 044	64 850	47 967	16 884	148 355	100 427	47 928
De opioïdes	54 784	31 670	23 114	49 790	35 796	13 994	104 574	67 466	37 108
De cocaïne	4 984	3 601	1 383	2 303	1 873	430	7 286	5 473	1 813
D'amphétamines	5 171	3 481	1 690	2 836	2 117	719	8 007	5 598	2 409
De cannabis	7 542	7 542	-	4 001	4 001	-	11 543	11 543	-
Autres drogues	11 025	6 167	4 858	5 921	4 181	1 740	16 945	10 348	-

3.3. Le coût de la perte de la qualité de vie

La perte de qualité de vie est estimée à 1,8 millions de DALYs pour des troubles mentaux et des troubles de l'addiction. Ce qui représente 82,99 milliards d'euros lorsqu'une année de vie est estimée à 45 064 et 221,35 milliards d'euros lorsqu'elle est estimée à 120 185 euros.

Le coût de la perte de qualité de vie pour les femmes souffrant de troubles mentaux et de troubles liés à la consommation de substance est estimé à 44,95 milliards d'euros pour 45 064€/an et 119,9 milliards d'euros pour 120 185€/an. (38,05 milliards d'euros pour 45 064€/an et 101,5 milliards d'euros pour 120 185€/an pour les hommes).

Lorsque l'on regarde le détail, le coût de la perte de la qualité de vie pour les troubles mentaux pour les hommes et les femmes lorsque l'année est valorisée à 45 064€ est estimé à 64,83 milliards d'euros et 172,9 milliards d'euros pour 120 185€/an. Le détail est présenté dans le Tableau 14.

Tableau 14 : Coût de la perte de la qualité de vie en fonction des VOLYs

Catégorie de trouble	Homme		Femme		Ensemble	
	Valorisé à					
Troubles mentaux (en mds €)	25,64	68,39	39,19	104,51	64,83	172,90
Troubles liés à la consommation de substance (en mds €)	12,40	33,08	5,76	15,36	18,16	48,45
Total en milliards d'euros	38,05	101,47	44,95	119,87	82,99	221,35

4. Discussion

4.1. Comparaison avec la littérature

Cette étude a pour objectif d'estimer le fardeau des maladies psychiatriques et particulièrement des troubles mentaux et des troubles liés à la consommation de substance. Dans une première partie, nous avons déterminé les nombres de DALYs associés à ces troubles pour l'année 2018. La charge de morbidité pour l'année 2018 des troubles mentaux s'élevaient à 1,44 millions de DALYs et 0,4 millions de DALYs pour les troubles d'addictions. Soit 1,8 millions de DALYs au total en 2018. Dans la deuxième partie, nous avons valorisé les DALYs avec la valeur d'une année de vie (VOLYs) selon l'étude de Mason et al, 2009 et de G De Pourville et al, 2020 (9,10) soit 45 064€ et 120 185€ l'année respectivement. Nous estimons la perte de qualité de vie liée aux troubles mentaux à 64,83 milliards d'euros lorsqu'elle est valorisée à 45 064€ et 172,90 milliards d'euros pour 120 185€. (Pour les troubles d'addiction : 18,2 milliards d'euros pour 45 064€ et 48,45 milliards d'euros pour 120 185€).

Nous comparons nos résultats avec l'étude de Chevreul et al, (12) portant sur les données de l'année 2007 et sur les troubles mentaux. Nos résultats semblent inférieurs en comparaison à cette étude, car cette dernière emploie une méthodologie différente de la nôtre. Nous verrons dans la section suivante les différences de ces deux méthodes. (Tableau 15)

Tableau 15 : Comparaison des résultats avec les données de la littérature

	Chevreur et al, 2007 (12)	Notre étude 2018		
Valorisation	PIB par habitant 2007 29 765€	PIB par habitant 2018 35 252€	VOLYs Mason et al, (9) 45 064€	VOLYs De Pouvoirville et al, (10) 120 185€
Troubles mentaux (en Milliards d’euros)	65,08	50,71	64,83	172,90

Cependant, l’outil disponible par le GHDx nous permet de comparer les résultats obtenus à celle de l’année 2007 et à l’internationale avec une méthode similaire.

La Figure 5 montre le rang des troubles en fonction d’une année. Ainsi, en France, la catégorie « troubles mentaux » occupe la deuxième place, derrière les néoplasmes parmi tous les troubles recensés dans le GBD en 2007 et en 2018 (2 101,74 DALYs pour 100 000 et 2 045,95 DALYs pour 100 000 respectivement – ajusté par l’âge). Il en est de même pour les troubles d’addiction. Notons que si le rang reste inchangé, le nombre de DALYs n’a cessé d’augmenter quelques soit le trouble.

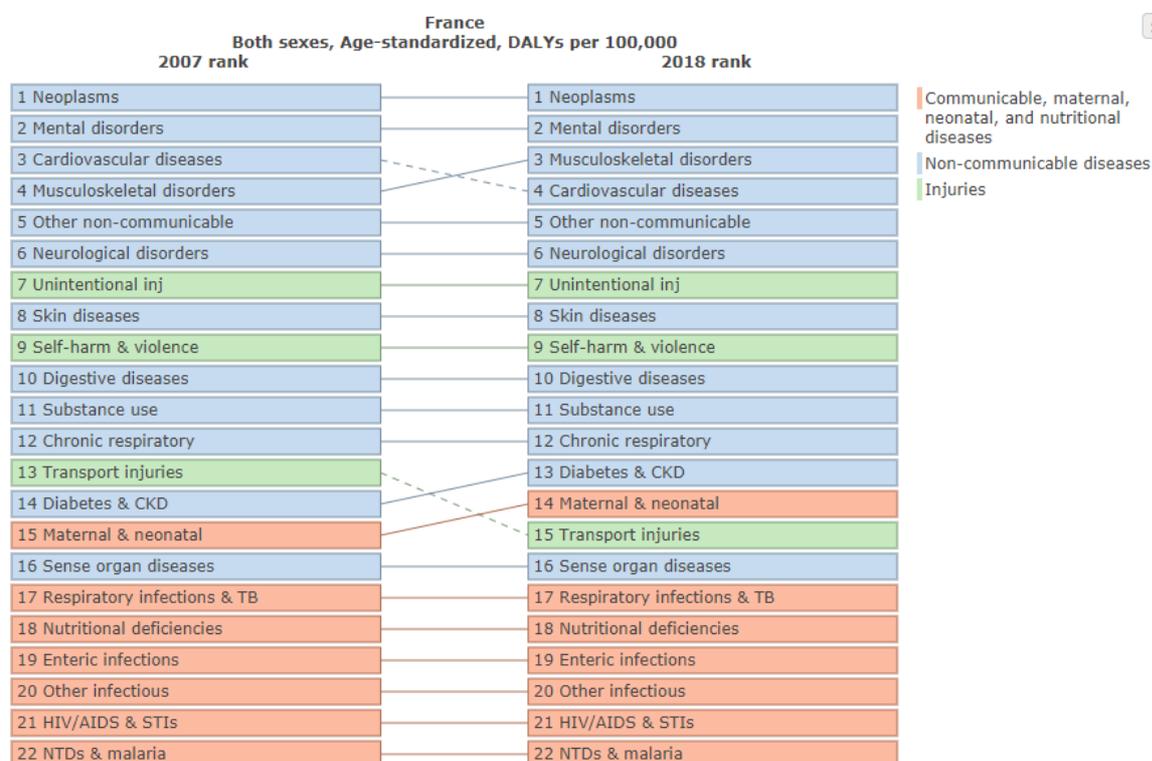


Figure 5: Rang par DALYs ajusté par l'âge des troubles répertoriés en France pour l'année 2007 et 2018

La Figure 6 montre que le nombre de DALYs concernant les troubles mentaux sont en constante augmentation au fil des années en France. En 2007, les troubles mentaux étaient estimés à 1 410 451,29 DALYs (1 034 811,5 ; 1 852 859,62) alors qu'en 2018, ils étaient à 1 438 619,95 DALYS (1 059 911,24 ; 1 889 288,01)

Concernant les troubles de l'addiction, ils ont légèrement diminué passant de 414 476 DALYs en 2007 à 403 088 DALYs en 2018.

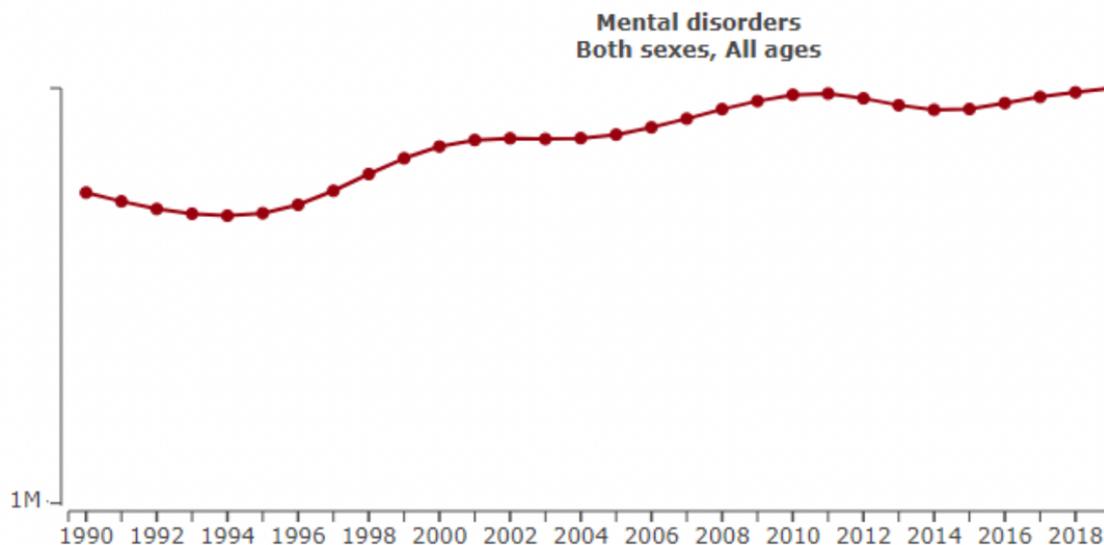


Figure 6: Nombre de DALYs pour tout âge en France

4.2. Points forts et limites

Le point fort de notre étude est notre méthodologie. En effet, dans l'étude de Chevreul et al, les auteurs ont utilisé des données déclaratives de qualité de vie obtenues par une enquête en population générale (Enquête décennale santé, INSEE). Les données mesurant l'état de santé SF-36 pour estimer la prévalence et la perte de qualité de vie attribuable aux troubles mentaux ont été exploitées. Lorsque le score obtenu était supérieur ou égal à 50 (sur 100) étaient indemnes de la pathologie mentale, celles ayant un score entre 25 et 50 souffraient de troubles modérés et enfin, un score inférieur à 25 était associé à des troubles sévères. Un score moyen de qualité de vie exprimé en QALY a ensuite été calculé pour chaque groupe. La perte totale de qualité de vie attribuable aux troubles mentaux a été obtenue en soustrayant la qualité de vie des personnes souffrant de troubles mentaux de la qualité de vie des personnes indemnes de la maladie. Enfin, un QALY a été valorisé au PIB par habitant à 29 765 euros en 2007. Ainsi, cette étude estime de coût de la perte de qualité de vie à 65,08 milliards d'euros en 2007.

Pour notre étude, nous utilisons les DALYs qui est la pondération de qualité de vie associées à la maladie par avis d'experts (6) appliquées à des données de prévalence spécifiques à la maladie. Cette méthode s'appuie sur le concept de DALY développé par l'OMS qui est un indicateur agrégé de fardeau de la maladie correspondant aux années de vie corrigées du facteur d'invalidité. Le fardeau associé à la maladie estimé par les experts désignés par l'OMS pondère la qualité de vie d'un individu en bonne santé par l'effet négatif de la maladie sur sa

santé. Il évalue donc la perte de qualité de vie. En somme, la méthode de l'étude de Chevreul et al, est basée sur des données individuelles déclaratives de personnes. Notre méthode se fonde sur les poids des troubles mentaux déterminé par avis d'experts et non à la population française.

Il convient de souligner que les deux indicateurs le QALY et le DALY sont très proches. (13) Tous deux appartiennent en effet à la même catégorie d'indicateur : les années de vie ajustées à la santé. (14) Cette catégorie regroupe des indicateurs caractérisés par leur capacité à transformer la morbidité et la mortalité en une valeur unique exprimée en équivalent d'année de vie. La différence entre ces deux indicateurs réside dans la nature même de ce qui est mesuré. Alors que les QALY estiment la qualité de vie intégrée au cours du temps, les DALYs mesurent les pertes comparées à un profil idéal de santé. Ces mesures apparaissent donc comme étant complémentaires. Le but des politiques publique sera donc de réduire le nombre de DALY et de maximiser le nombre de QALY. Une autre différence réside dans le fait que les QALY fournissent une mesure de santé obtenue alors que les DALYs montre ce que nous ne sommes pas parvenu à atteindre du fait que l'approche repose sur la comparaison avec un idéal. L'inconvénient du QALY est qu'il n'est pas possible d'obtenir une mesure de la contribution des différentes maladies à la charge de morbidité d'une population car les QALY gagnés ne peuvent être distribués selon les maladies comme cela est possible pour les DALY. (15) Nous pouvons également noter que chaque année de vie en bonne santé est pondérée de la même manière dans le QALY alors que le DALY, elle peut faire l'objet d'une pondération en fonction de l'âge considéré. (14) De plus, les pondérations pour les différents états de santé sont déterminées de façon différente. Dans le cas du QALY, elles sont dérivées d'enquêtes auprès de patients ayant subi une incapacité alors que les DALYs proviennent d'avis d'expert médicaux. Pour le QALY c'est donc la valeur que les individus placent sur leur santé qui représentent la base de l'analyse alors que l'approche DALY se fonde sur les valeurs sociales attachées à différents états de santé. (15) Or dans les applications médicales c'est le bien-être social plutôt que médical qui est le plus souvent optimisé. (16)(17) La méthode utilisée concernant les DALY apparait donc ici plus pertinente mais aussi plus simple à déterminer. Il apparaît donc important de relativiser les critiques formulées précédemment à l'encontre du DALY. Cet indicateur ne peut prétendre être parfait mais présente de nombreux avantages. Il permet l'expression en une valeur unique de données relatives à la morbidité et mortalité, avec une bonne prise en compte des deux composantes. Il laisse le choix d'intégrer certains paramètres du modèle permettant ainsi une certaine souplesse d'utilisation. Enfin, certaines caractéristiques tendent à attribuer aux estimations en DALY une dimension sociale plutôt qu'individuelle (volonté d'améliorer le bien-être social).

Notre étude présente une limite, nous avons valorisé les DALYs obtenus par les VOLYs. Cette dernière est très variable et influence nos résultats. Nous avons sélectionné deux études pour notre valorisation monétaire. Tandis que les auteurs de l'étude de Chevreul et al, ont valorisé la perte de qualité de vie par le PIB par habitant. (12)

5. Conclusion

L'objectif général de l'étude est d'évaluer le coût de la pathologie psychiatrique en France pour l'année 2018. Dans les parties précédentes, nous avons déterminé les coûts directs : le système de soins et les secteurs sociaux et médico-sociaux. Il existe également des coûts indirects et plus précisément les coûts intangibles. La mesure de la perte de qualité de vie liée à la pathologie psychiatrique est subjective, sa valorisation monétaire peut sembler inappropriée dans une étude de coût. Or, la valorisation de ce coût est nécessaire car en plus des coûts matériels générés par la maladie, il est important de prendre en compte le mal-être qu'elle engendre auprès des personnes souffrant des troubles mentaux. Il s'agit de coûts intangibles, qui ne sont pas comparables dans l'absolu.

A partir des données du Global Burden of Disease 2018, nous avons déterminé la perte de qualité de vie exprimée en DALYs que nous avons valorisé par les VOLYs. Ainsi, le coût de la perte de la qualité de vie concernant les troubles mentaux ont été estimés à 64,83 milliards d'euros lorsqu'elle est valorisée à 45 064 € l'année. Les troubles de l'addiction sont estimés à 18,16 milliards d'euros lorsque la VOLY est estimée à 45 064€. Ainsi, le coût de la perte de qualité de vie est estimé à **83 milliards d'euros**.

Ce coût représente 52% des coûts totaux de la pathologie psychiatrique en France pour l'année 2018.

Coût de la perte de productivité

1. Contexte

Les coûts indirects non médicaux se répartissent entre les coûts liés au temps de travail payé et non réalisé (les arrêts maladies, l'invalidité, l'inactivité, le chômage) et les coûts liés au temps de loisir perdu à cause de la maladie. Le coût lié au temps de loisir perdu est difficile à mesurer et à associer à une valeur monétaire.

Il existe différents types de coûts liés au temps de travail payé et non réalisé à cause de la maladie :

- Les coûts liés à l'absentéisme c'est-à-dire l'absence physique de l'individu sur le lieu de travail
- Les coûts liés au présentéisme inactif c'est-à-dire la baisse de productivité sur le lieu de travail qui se traduit par la baisse de performance

Le présentéisme inactif est également difficile à mesurer et à associer.

La mesure des coûts de perte de productivité repose sur l'hypothèse que la valeur du travail d'un individu et sa contribution à la société sont approchées par la création de revenu, on parle de coût d'opportunité.

Plusieurs méthodes de mesure et de valorisation des coûts de perte de productivité existent. Nous avons utilisé la méthode du capital humain. Cette méthode est utilisée dans la plupart des études internationales des coûts liés à la maladie mentale. Elle consiste à multiplier le nombre d'heures de travail perdues pour cause de maladie par le salaire brut augmenté des cotisations sociales employeurs (1). Ces coûts indirects représentent parfois la plus grande partie des coûts tangibles de certaines pathologies. (L'étude de Chevreul et al, pour la maladie mentale et Lidgren et al, pour le cancer du sein.) (2)(3)

Dans une première partie de notre étude, nous identifions les différents coûts représentant les coûts de perte de production d'un individu atteint de maladie mentale, nous mesurons le temps de travail non réalisé par l'individu malade à cause de sa maladie en année de travail que l'on valorise ensuite au salaire moyen chargé de l'individu.

Dans une seconde partie, nous identifions et mesurons les montants des allocations versées par l'assurance maladie aux individus atteints de maladie mentale, ces allocations permettant de compenser l'absence de revenu. Nous prenons donc la perspective du payeur : l'assurance maladie.

2. Méthode

2.1. Coût de perte de production

2.1.1. Identification des coûts mesurables

Nous mesurons uniquement les coûts liés au temps de travail perdu payé. Les coûts liés au temps de travail non payé et au temps perdu de loisir ne sont pas pris en compte par manque de données pour les quantifier et valoriser.

Les coûts liés au temps de travail perdu payé se décomposent des coûts associés :

- Au présentisme inactif
- D'absentéisme temporaire
- D'absentéisme permanente

Les coûts liés à l'absentéisme temporaire concerne l'absence des individus malades et l'absence des proches aidants. Ces derniers accordent un temps aux personnes souffrant de troubles mentaux et sont donc une conséquence indirecte des coûts de perte de productivité. Ainsi, nous estimons le coût engendré par l'absence des proches aidants comme absence temporaire.

Tous nos coûts sont calculés en équivalent temps plein (ETP). L'ETP est une unité de mesure d'une charge de travail ou plus souvent d'une capacité de travail ou de production. Autrement dit, c'est le volume annuel d'heures travaillées par salarié divisé par le nombre d'heures effectuées par un salarié employé à temps plein toute l'année. (4)

2.1.1.1. Absences permanentes des malades

Pour mesurer le nombre d'absents permanents chez les individus malades, nous utilisons le nombre d'inactifs en France pour l'année 2018 à partir des données de l'INSEE.

L'étude de Laroque et al, montre que l'inactivité peut être volontaire ou involontaire. Nous nous intéressons uniquement au nombre d'inactifs involontaires auquel nous appliquons la proportion d'individus absents de manière permanente pour cause de troubles mentaux. Les données proviennent de l'enquête emploi (5). Nous obtenons le nombre d'individus absents permanents en équivalent taux plein pour l'année 2018.

2.1.1.2. Absences temporaires des malades

Pour estimer l'ETP d'absence temporaire des malades, nous nous appuyons sur les données du baromètre annuel d'absentéisme maladie de Malakoff Humanis et de l'INSEE. (6)(7)

Ce baromètre longitudinal analyse depuis 10 ans l'évolution de la santé et du bien-être des salariés et leurs impacts sur la performance des entreprises. L'enquête porte sur un échantillon de salarié où la fréquence et les causes des absences au travail ainsi que leurs durées sont étudiées dans le but de les réduire et prévenir.

Dans un premier temps, cette enquête nous permet d'estimer le nombre d'arrêts prescrit et respecté en 2018 pour maladie non professionnelle. Il nous a été nécessaire de différencier les absences non professionnelles et professionnelles car la durée moyenne d'une absence diffère selon qu'elle soit liée à un contexte professionnel où cette absence est plus longue notamment pour les maladies professionnelles et les accidents de travail que celle liée à une maladie ordinaire.

Pour le calculer, nous utilisons le nombre de personnes en activités en 2018, nous y appliquons la part des individus ayant un, deux ou trois arrêts ou plus durant l'année, la part des arrêts ayant été respecté et prit en totalité et la part des arrêts liées à un contexte non professionnel et professionnel.

Pour estimer l'équivalent temps plein d'absences temporaires pour maladie non professionnelle, nous multiplions le nombre d'arrêts prescrit et respecté en 2018 que nous avons estimé par la durée moyenne d'une absence. Par manque de donnée, nous posons l'hypothèse que la durée moyenne d'une absence temporaire pour maladie mentale est similaire à la durée moyenne d'une absence temporaire pour dépression obtenue à partir de la littérature. (8)

Ainsi, en rapportant le nombre d'arrêts prescrit et respecté non professionnel pour maladie mentale et la durée moyenne d'une absence à l'année nous obtenons le nombre d'ETP pour absences temporaires pour maladie mentale non professionnelle.

2.1.1.3. Absence professionnelle AT/MP des malades

L'Assurance Maladie-Risques professionnels a produit une étude sur les affections psychiques liées au travail. Il nous a semblé nécessaire de dissocier les absences pour les AT/MP et les maladies. L'Assurance Maladie-Risque professionnels a reconnu plus de 10 000 affections psychiques au titre des AT et près de 600 au titre des MP pour l'année 2016.

Pour calculer le nombre d'ETP d'absences pour les AT pour les troubles psychiques de l'année 2018, nous partons du nombre des AT en 2018 auquel nous appliquons la proportion des troubles psychiques parmi tous les AT. Nous le rapportons au nombre de salariés en 2018 du rapport de sinistralité ATMP. Nous extrapolons cette proportion à l'ensemble des actifs en emploi recensée par l'INSEE pour avoir le nombre réel d'individus en AT reconnu pour troubles psychiques. Enfin, nous appliquons la durée moyenne d'un arrêt de travail pour AT pour cause de maladie mentale provenant de l'étude de l'assurance maladie que l'on rapporte à l'année. Nous obtenons ainsi l'ETP d'absence pour AT reconnu pour troubles psychiques. (9)

Concernant les MP, 1100 demandes de reconnaissance ont été recensées et seule la moitié est validée. (9) Cette mesure de coût est divisée en deux étapes : l'identification du nombre de MP en 2018 pour cause de maladies psychiques puis l'estimation du temps de productivité perdu. L'Assurance Maladie estime le nombre de MP déclaré en 2018 toutes causes confondues dont le nombre d'affections psychiques reconnus. A partir de ces données, nous calculons la proportion des MP pour affections psychiques parmi les salariés que nous extrapolons à l'ensemble des actifs en emploi tous régimes confondus afin d'obtenir le nombre d'individus en MP pour cause psychiatrique parmi les actifs en France en 2018. Enfin, la durée moyenne d'un arrêt pour une MP est estimée par l'Assurance Maladie. Nous le multiplions au nombre d'individus en MP pour les troubles mentaux et obtenons le nombre d'ETP d'absences pour les MP liées aux maladies mentales.

Pour finir, nous additionnons les deux ETP estimés afin d'obtenir le nombre d'ETP d'absences AT/MP associés aux troubles psychiques.

2.1.1.4. Absences temporaires des aidants

La mesure des coûts d'absentéisme des aidants est aussi faite en deux étapes. Nous identifions le nombre d'aidants sacrifiant du temps de travail à leurs proches puis nous estimons le temps de productivité perdu auprès des proches.

Il existe peu de données sur le travail des aidants des personnes souffrant de maladie mentale. Nous utilisons les données de la littérature pour estimer ce coût.

Concernant le nombre d'aidants, nous utilisons le nombre de personnes atteintes de handicap psychique auquel nous appliquons la proportion d'individus recevant une aide informelle c'est-à-dire des proches aidants. A partir de cette estimation, nous appliquons le pourcentage d'aidants s'occupant d'un, deux ou trois individus atteints de troubles psychiques. Cette dernière nous permet ainsi d'identifier le nombre d'aidants de personne en situation de handicap psychique. (10)

Pour calculer le temps de travail perdu par semaine et par aidant nous posons l'hypothèse que 50% de ces heures sont prises sur le temps de travail et 50% sur le temps de loisir.

A partir des données de la littérature, nous identifions la part des aidants ayant procédé à un aménagement de leurs horaires, soit en réduisant le nombre d'heure de travail, soit en réaménageant leur temps de travail. Nous nous intéressons uniquement à la réduction du temps de travail et estimons le nombre d'heures consacré par les aidants sur une année. (10)(11)(12)

2.1.2. Valorisation monétaire

La valorisation monétaire de la perte de productivité est réalisée à partir du salaire chargé moyen de 2018.

Le salaire en équivalent temps plein (EQTP) brut est estimé à partir des données de l'INSEE pour le secteur privé et public. Nous estimons la cotisation patronale pour chaque secteur que nous rapportons à l'année afin d'obtenir le total chargé annuel. Enfin, le salaire chargé moyen en 2018 résulte d'une moyenne pondérée du total chargé annuel des deux secteurs.

2.2. Compensation de revenu

Ce poste de coût représente les aides financières versées par l'État afin de garantir un minimum de ressource. Ces aides interviennent lorsqu'un individu est en arrêt de travail, au chômage, invalide ou en inactivité. Pour l'ensemble de nos calculs de coûts, nous appliquons la méthode descendante. Nous partons des montants totaux versés par les différents acteurs puis nous appliquons la part attribuée à la maladie mentale.

2.2.1. Arrêts maladies et l'invalidité

Cette partie nous permet d'estimer le montant des indemnités versés par les organismes complémentaire après l'intervention de l'assurance maladie. Ces indemnités couvrent les personnes en arrêt de travail et en invalidité.

Dans un premier temps, nous identifions la part des dépenses concernant les arrêts maladies et invalidité. A partir des données issues du rapport de l'assurance maladie, nous exploitons le montant total des dépenses des indemnités journalières recouvrant les versements des régimes de base d'assurance sociale. (13)

A partir de ce montant, nous déterminons le nombre de bénéficiaire ayant été indemnisé. Pour cela, nous divisons les indemnités totales versées par l'assurance maladie par le plafond maximum d'indemnité journalière pouvant être versée : 44€34. Nous obtenons une estimation du nombre de bénéficiaire.

Les organismes complémentaires versent des indemnités en complément de l'assurance maladie. Pour estimer le coût restant à leurs charges, nous calculons le salaire journalier de base. Nous utilisons la méthode de l'assurance maladie tenant compte des trois derniers revenus mensuels moyen d'un individu rapporté par le nombre de jour de 91,25.

Le calcul du salaire journalier de base est calculé à partir d'une estimation et d'une moyenne pondérée du salaire mensuel moyen du secteur public et privé provenant de l'INSEE.

Enfin, le coût des indemnités versées par les organismes complémentaires est obtenue par la différence du salaire journalier de base et le plafond maximum versé par l'assurance maladie multiplié par le nombre de bénéficiaires.

2.2.2. Chômage

A l'aide du rapport « statistiques études et évaluations de pôle emploi », nous utilisons le montant des allocations chômages versées aux demandeurs d'emploi indemnisés par l'assurance chômage au 31 décembre 2018. Nous rapportons le montant mensuel brut moyen de l'allocation versée aux demandeurs d'emploi à l'année que nous multiplions au nombre d'allocataires percevant cette indemnité. (14)

A partir des données de l'enquête emploi nous estimons la part attribuable aux troubles mentaux au montant des allocations chômages, nous l'appliquons à l'ensemble des individus le percevant à l'année 2018 afin d'estimer le montant des dépenses d'indemnités chômages allouées aux troubles psychiques. (15)

2.2.3. Inactivité

Pour l'inactivité, nous identifions la part des dépenses attribuables à la maladie mentale. Nous posons l'hypothèse qu'un individu en inactivité pour maladie mentale coûte autant en revenu solidarité active (RSA) qu'un individu pour toutes autres causes. (17)

Les dépenses annuelles de RSA sont renseignées par la caisse nationale des allocations familiales (CNAF). La part attribuable à la santé mentale provient de l'enquête complémentaire emploi. (18)

3. Résultats

3.1. Coût de perte de production

3.1.1. Absences permanentes des malades

L'INSEE estime le nombre d'inactifs en France en 2018 à 23 629 000 inactifs, 43% sont des inactifs involontaires. (5). Ainsi, nous estimons que 10 160 470 inactifs sont involontaires pour l'année 2018. L'enquête emploi identifie la proportion des personnes atteintes de troubles mentaux et absents de manière permanente à 3,20%. (15) Nous appliquons cette part au nombre d'inactifs involontaires et estimons le nombre d'ETP d'absence permanente pour l'année 2018 à **325 135 ETP**.

3.1.2. Absences temporaires des malades

Nous estimons le nombre d'arrêts prescrit durant l'année 2018 que l'on multiplie par la durée moyenne d'un arrêt rapporté à l'année pour les personnes souffrant de troubles psychiques. L'INSEE estime le nombre de personnes actifs en emploi à 26 879 600. (19). L'étude de Malakoff Humanis estime que 42% des salariés ont eu au moins un arrêt dont 17% des arrêts ne sont pas pris et respecté. Cette étude estime également la fréquence des arrêts : 62% ont eu recours à 1 arrêt au cours de l'année, 23% ont eu 2 arrêts et 15% ont eu 3 arrêts ou plus. Nous appliquons ces proportions au nombre de personnes en emploi et obtenons 14,34 millions d'arrêts prescrits et respectés en 2018. Or, seul 67% des arrêts sont liés à un contexte non professionnel soit 9,6 millions d'arrêts prescrits et respectés hors AT/MP. De plus, 18% des arrêts prescrits concerne les troubles liés à la santé mentale. Ainsi, nous estimons que 1,73 millions d'arrêts sont prescrits et respectés pour la maladie mentale en 2018. (6)

Peu d'étude porte sur la durée moyenne d'un arrêt de travail pour les individus souffrant de maladie mentale. Nous posons l'hypothèse qu'un arrêt de travail pour cause de maladie mentale est similaire à un arrêt de travail pour dépression en France. De ce fait, une étude portant sur la dépression en France de Morvan et al, estime le nombre moyen de jours d'arrêts pour un épisode dépressif caractérisé (EDC) à 81,4 jours. Nous multiplions la durée moyenne d'un arrêt pour un EDC au nombre d'arrêts prescrits et respectés hors AT/MP et le rapportons à l'année. (8) Le nombre d'ETP pour absences temporaires des malades souffrant de troubles psychiques hors AT/MP est estimé à **385 585 ETP**.

3.1.3. Absences professionnelles AT/MP des malades

L'absence professionnelle englobe les arrêts liés aux AT/MP.

En 2016, 20 000 cas d'AT sont recensés pour les troubles psychiques parmi 625 000 AT toutes causes confondues soit 3,2% d'AT pour troubles psychiques. En 2018, 651 103 AT sont enregistrés dont 20 835 sont des AT pour les troubles psychiques. Nous calculons la part des salariés en AT pour troubles psychiques à partir du nombre de salariés issus du rapport de sinistralité AT/MP de l'assurance maladie. Ainsi, 0,11% des salariés sont atteints de troubles psychiques. Nous l'appliquons au nombre d'actifs total en emploi en 2018 estimé par l'INSEE et obtenons 29 914 individus en AT pour troubles psychiques tous régimes confondus. L'assurance maladie estime la durée moyenne d'un arrêt de travail pour un AT pour la maladie mentale à 112 jours. Nous multiplions cette durée au nombre d'individus en AT pour cause de trouble psychique puis nous le rapportons à l'année. Le nombre d'ETP pour absences des AT des malades souffrant de troubles mentaux est estimé à **9 179 ETP**. (7,9)

L'assurance maladie identifie 1 100 demandes de reconnaissance de MP en 2016. Le taux de reconnaissance des MP est de 50% soit 596 affections psychiques reconnues en MP parmi 41 687 MP déclarées en 2016. Cela représente 1,43% des MP déclarées pour les troubles psychiques. En 2018, 45 731 MP ont été déclarées pour toutes causes confondues. Nous appliquons la part des MP imputée aux troubles psychiques et estimons que 654 affections psychiques sont reconnues comme MP. Nous extrapolons ces données pour estimer le nombre de MP pour les troubles psychiques de tous les régimes. Nous calculons la part des MP pour les affections psychiques parmi les salariés que l'on applique au nombre d'actifs en emploi défini par l'INSEE. De ce fait, 939 individus sont en MP pour des affections psychiques parmi les actifs. D'après le rapport de l'assurance maladie, la durée moyenne d'un arrêt pour une MP liées aux troubles psychiques est estimée à 400 jours. Nous multiplions cette durée au nombre d'individus en MP pour cause de maladie mentale et le rapportons à l'année. Nous obtenons **1 029 ETP** d'absence pour MP reconnue pour la maladie mentale en 2018. (9,19)

Nous estimons l'ETP d'absence professionnelle AT/MP pour les affections psychiques à **10 208**.

3.1.4. Absences temporaires des aidants

Selon une étude portant sur les aidants, le nombre de personnes atteintes de handicap psychique est estimé à 2 688 000. Parmi ces individus, 40% bénéficie d'une aide et 62% de ces aides sont des aides informelles. Ainsi, 1 075 200 personnes reçoivent une aide dont 666 624 sont des aides venant de leurs proches. Parmi les aidants proches, 66% s'occupe de 1 proche, 24% de 2 proches et 10% de 3 proches et plus. Nous estimons ainsi le nombre d'aidants de personnes en situation de handicap psychique à 541 965. (20)(11)

Pour calculer le temps de travail perdu par semaine et par aidant nous utilisons une étude portant sur l'activité professionnelle et personnelle des aidants qui estime qu'un aidant consacre 12h par semaine. Nous posons l'hypothèse que 50% de ces heures sont prises sur le temps de travail et 50% sur le temps de loisir.

D'après les données de la littérature, 24% des aidants ont procédé à un aménagement de leurs horaires dont 25% ont réduit leurs nombres d'heures de travail et 75% ont réaménagé leurs temps de travail. (2,10,12,21)

Nous estimons ainsi le nombre d'aidants ayant réduit leurs temps de travail à 23 518. Nous multiplions ce nombre à 50% du temps de travail perdu par semaine que l'on rapporte à l'année. Nous obtenons **1 158 ETP** des absences temporaires des aidants.

3.1.5. Valorisation monétaire

Nous valorisons les ETP par le salaire moyen augmenté des cotisations patronales de 2018 qui s'élève à 49 357,77 euros. Ce dernier a été obtenu à partir du salaire annuel en EQTP brut moyen pour le secteur public et le secteur privée.

Pour le secteur public, le salaire mensuel en EQTP brut moyen est de 2 830€. Les cotisations patronales s'élèvent à 28,40% représentant 803,72 euros. Nous obtenons ainsi le total chargé annuel moyen de 43 604,64 euros.

Pour le secteur privé, la méthode de calcul est similaire, le salaire mensuel brut moyen en EQTP est de 3 137 euros. Les cotisations patronales s'élèvent à 35,63% soient 1 117,82 euros. Le total chargé annuel moyen s'élève à 51 057,84 euros.

Selon les données de l'INSEE, 77,19 % des salariés sont en activité dans le secteur privé et 22,81% dans le secteur public durant l'année 2018. Nous faisons la moyenne pondérée des deux secteurs et obtenons un salaire annuel moyen chargé de **49 358 euros** pour l'année 2018.

3.1.6. Résultats

Le Tableau 16 montre les coûts d'ETP estimés pour les différents postes de perte de production et valorisés au salaire chargé annuel.

Tableau 16 : Coûts d'ETP estimés selon les postes de dépenses de perte de production

Poste de dépense	Nombre d'ETP	Valorisation monétaire En euros	Montant des dépenses pour maladie mentales (en millions d'euros)
Absence permanente non professionnelle des malades	325 135	49 357,77	16 048
Absence temporaire non professionnelle des malades	385 585	49 357,77	19 032
Absence professionnelle des malades	10 208	49 357,77	504
Absence temporaire des aidants	1 158	49 357,77	57
Total	722 086	-	35 641

La perte de production est estimée à **35,6 milliards d'euros**.

3.2. Compensation de revenu

3.2.1. Arrêts maladies et invalidités

A partir du rapport Charges et Produits, nous identifions le montant des dépenses totales des indemnités journalières à 5,2 milliards d'euros. L'assurance maladie verse 50% des indemnités journalières en fonction du salaire journalier de base d'un individu en arrêt de travail ou en invalidité. Cependant le plafond maximum était fixé à 44€25 par jour.

Pour déterminer le coût des indemnités versées par les organismes complémentaires, nous calculons le salaire journalier de base. Pour cela, nous estimons le revenu mensuel moyen d'un français pour l'année 2018 à l'aide d'une moyenne pondérée pour les secteurs public et privé à partir des données de l'INSEE. D'après la méthode de calcul de l'assurance maladie, nous multiplions le salaire mensuel moyen par trois puis nous le rapportons par le nombre de jours :

$$\frac{(3\,066,97 \times 3)}{91,25} = 100,83 \text{ jours}$$

L'assurance maladie verse 44,25€ maximum par jour au patient, le reste est prise en charge par les organismes complémentaire. Ainsi, nous déterminons la charge des organismes complémentaires en faisant la différence : 56,49€. Nous multiplions ce dernier par le nombre de bénéficiaires obtenu par le rapport du montant total des indemnités journalière versées par l'assurance maladie et le plafond maximum d'indemnité journalière pouvant être versées. Nous obtenons le coût total d'indemnité journalière versé par les organismes complémentaires : **6 625 millions d'euros**.

3.2.2. Chômage

Pôle emploi estime le montant mensuel des allocations chômages versées aux demandeurs d'emploi indemnisés par l'assurance chômage au 31 décembre 2018 à 1 195 euros. Nous le rapportons à l'année et le multiplions au nombre d'effectifs soit 2 912 800 individus. Nous obtenons le montant des dépenses totales d'allocations pour le chômage de 41,8 milliards d'euros. A partir des données de l'enquête emploi, nous estimons la part attribuable aux troubles mentaux de 1,20%. Nous l'appliquons à l'ensemble des individus le percevant à l'année 2018 et obtenons le montant des dépenses d'indemnités chômages allouées aux personnes atteintes de troubles psychiques de **501 millions d'euros**. (14,15)

3.2.3. Inactivité

Nous posons l'hypothèse qu'un individu en inactivité pour maladie mentale coûte autant en RSA qu'un individu pour toutes autres causes. Les dépenses annuelles de RSA sont estimées à 2,32 milliards d'euros. (17) Selon l'enquête emploi, la part attribuable à la santé mentale est estimée à 4% (15). Nous estimons ainsi le montant des dépenses d'inactivités imputables aux troubles psychiques à **450 millions d'euros**.

3.2.4. Résultats finals

Tableau 17 : Coûts de compensation de revenu pour la maladie mentale en France

Poste des coûts	Montant des dépenses pour maladies mentales (en millions d'euros)
Arrêt maladie et invalidité	6 625
Chômage	501
Inactivité	450
Total	7 575

Le coût de la compensation de revenu regroupant les dépenses liées aux arrêts maladies, le chômage, l'inactivité et l'invalidité imputable à la maladie mentale est estimé à **5,3 milliards d'euros**. La maladie mentale représente 7% des dépenses totales des allocations. Tableau 17.

3.3. Coût totaux

Les coûts de perte de productivité liés à la maladie mentale pour l'année 2018 sont estimés à **43,21 milliards d'euros**. Tableau 18.

Tableau 18 : Coûts de la perte de productivité de la santé mentale en France

Coûts	Montant en 2018 (en milliards d'euros)
Perte de production	35,64
Compensation perte de revenu	7,57
Coûts totaux	43,21

4. Discussion

Nous avons estimé la perte de productivité liée à la maladie mentale en scindant en deux les postes de coûts. Dans un premier temps, nous avons estimé le coût de la perte de production en tenant compte des absences permanentes et temporaires non professionnelles des malades, des absences professionnelles des AT/MP liées à la maladie mentale et des absences temporaires des aidants. Ce poste de coûts est estimé à 35,6 milliards d'euros. Dans un second temps, nous avons estimé les coûts représentant la compensation de perte de revenu associée à la maladie mentale en tenant compte des arrêts maladies, du chômage, de l'invalidité et l'inactivité. Nous l'estimons à 7,57 milliards d'euros. Nous estimons ainsi le coût de la perte de productivité des maladies psychiatriques à 43,21 milliards d'euros.

Le Tableau 19 regroupe les résultats que nous estimons pour l'année 2018 et celles qui ont été estimées pour l'année 2007 de l'étude de Chevreul et al., (2)

Tableau 19 : Comparaison des résultats avec la littérature

Poste de dépense	Montant des dépenses pour maladie mentales (en millions d'euros) en 2018 Notre étude	Montant des dépenses pour maladie mentales (en millions d'euros) en 2007 Chevreul et al,
Perte de production		
Absence permanente non professionnelle des malades	16 048	10 673
Absence temporaire non professionnelle des malades	19 032	9 327
Absence professionnelle des malades	504	-
Absence temporaire des aidants	57	45
Total	35 641	20 045
Compensation de revenu		
Arrêt maladie	-	1 409,9
Chômage	501	353,2
Invalidité	-	2 262,9
Inactivité	450	254
Arrêt maladie et invalidité	6 625	-
Total	7 575	4 280
TOTAL	43 216	24 325

Il est important de souligner qu'il est difficile de comparer objectivement nos résultats avec les données de la littérature car le périmètre de l'étude et la méthode de recueil des coûts sont différents.

L'étude portant sur les coûts liés à la perte de productivité pour maladie mentale pour l'année 2007 a été estimée à 24,33 milliards d'euros. Les coûts estimés pour l'année 2018 sont 1,7 fois supérieurs que les coûts de l'année 2007. La perte de production est 1,8 fois plus élevée pour l'année 2018, cela s'explique par l'augmentation du nombre d'ETP. Nous l'estimons à plus de 700 000 ETP tandis qu'il a été estimé à 400 000 ETP pour l'année 2007. Le nombre de personnes atteintes de maladie mentale est plus élevé qu'en 2007. De ce fait, le nombre d'aidants et le nombre d'arrêts de travail sont plus conséquents. Les troubles psychiques sont reconnus comme AT et MP par l'assurance maladie augmentant légèrement la perte de production de notre étude.

L'absence permanente et l'absence temporaire non professionnelle des malades est plus élevée dans notre étude. Cela peut s'expliquer par l'augmentation de l'absentéisme de longue durée. En effet, l'étude quantitative Ayming AG2R estime que la proportion des facteurs professionnels dans les absences de plus de trois mois augmentent significativement.

De plus, les arrêts et les indemnités sont en constante augmentation. Entre 2006 et 2011, les indemnités journalières ont augmentées de 3,7% en moyenne. Après deux années de stabilité en 2012 et 2013, elles augmentent à nouveau en 2014 de 4,2%. Depuis, elles augmentent continuellement de +2% en 2015 à +4,5% en 2019. Ces augmentations sont liées par plusieurs facteurs notamment l'évolution des salaires qui servent de base au calcul des indemnités journalières, un effet de structure démographique lié au vieillissement de la population. La part

des personnes de plus de 60 ans dans la population active a progressé de 3,2 points entre 2010 et 2019 et les actifs les plus âgés ont des arrêts plus long compte tenu d'une dégradation tendancielle de l'état de santé avec l'âge. (13)

Dans cette partie, nous avons fait le choix de mesurer les absences professionnelles AT/MP pour les maladies psychiatriques. La hausse des absences permanentes et temporaires non professionnelles s'expliquent par la hausse des personnes souffrant de maladies psychiatriques ce qui entraîne une hausse des absences temporaires ou permanentes.

Pour la partie compensation de revenu, l'étude de Chevreur et al prend en compte uniquement les dépenses de l'assurance maladie pour les arrêts maladies et l'invalidité. A titre de comparaison cette dépense est calculée par l'assurance maladie pour le secteur médical et s'élève à 5,2 milliards d'euros pour l'année 2018 (3,6 milliards d'euros pour l'année 2007) Ce coût prend compte des indemnités journalières liées aux arrêts de travail pour maladie ordinaire, ATMP maternité et invalidité.

Le poste chômage et inactivité est également en hausse due à un effet-effectif. A nos estimations s'ajoutent les indemnités journalières des organismes complémentaires qui interviennent après le remboursement des indemnités journalières de l'assurance maladie.

5. Conclusion

Dans les précédentes études, nous avons déterminé le coût de la prise en charge du secteur sanitaire, du secteur social et médico-social et de la perte de qualité de vie

Dans la présente étude, nous avons estimé le coût de la perte de productivité des personnes souffrant de maladie mentale.

A partir de la littérature, nous avons déterminé les coûts de la perte de production en tenant compte des absences permanentes, temporaires de AT/MP et maladie ordinaire des personnes atteintes de troubles psychiques et des absences temporaires des aidants informels. Nous avons également déterminé les coûts liés à la compensation de revenu en tenant compte du coût des arrêts maladies, du chômage, d'invalidité et d'inactivité. Ainsi, en France, le coût de la perte de productivité des personnes souffrant de trouble psychique est estimé à **43,21 milliards d'euros** pour l'année 2018.

Ce coût représente 27% des coûts totaux de la pathologie psychiatrique en France pour l'année 2018. Pour l'année 2007, elle était estimée à 22%. Soit une augmentation de 6 points de pourcentage.

Conclusion finale

Le coût des maladies psychiatriques a été calculé à partir des :

- Coûts directs :
 - o Les coûts de la prise en charge du secteur sanitaire
 - o Les coûts de la prise en charge du secteur médico-social et social
- Coûts indirects :
 - o Les coûts liés à la perte de qualité de vie
 - o Les coûts liés à la perte de productivité

Ainsi, en France, avec une population de 67 millions d'habitants, on estime que plus de 12 millions d'habitants souffrent actuellement d'un ou plusieurs troubles mentaux. Le coût des maladies psychiatriques a été estimé à **160 milliards d'euros** pour l'année 2018.

Les coûts directs (médico-social et social, sanitaire) sont estimés à 33 milliards d'euros. Les coûts indirects (perte de qualité de vie, perte de productivité) sont estimés à 126 milliards d'euros. Tableau 20

Tableau 20 : Estimation des coûts des maladies psychiatriques en France (2018)

	Montant attribué aux maladies psychiatriques En milliards d'euros	Part des montants pour les maladies psychiatriques En %
Coûts directs	33	21%
Secteur médico-social et social	10	6%
Secteur sanitaire	23	14%
Coûts indirects	126	79%
Perte de qualité de vie	83	52%
Perte de productivité	43	27%
TOTAL	160	100%

Annexe

Annexe 1 : Méthodologie médicales de l'Assurance Maladie pour les maladies psychiatriques

Les maladies psychiatriques	Codes CIM10 utilisés (PMSI et ALD)	Codes ATC utilisés ou remarques
<p>Troubles psychotiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> - F20 (Schizophrénie) - F21 (Trouble schizotypique) - F22 (Troubles délirants persistants) - F23 (Troubles psychotiques aigus et transitoires) - F24 (Trouble délirant induit) - F25 (Troubles schizo-affectifs) - F28 (Autres troubles psychotiques non organiques) - F29 (Psychose non organique sans précision) 	<p>Codes ATC qui commencent par N05A, à l'exception des spécialités suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - A base de lithium utilisé comme thymorégulateur (code ATC N05AN01) - AGREAL (code ATC N05AL06) - NEURIPLEGE (CIP13 3400932896332)
<p>Troubles névrotiques et de l'humeur</p>	<ul style="list-style-type: none"> - F30 (Épisode maniaque) - F31 (Trouble affectif bipolaire) - F32 (Épisodes dépressifs) - F33 (Trouble dépressif récurrent) - F34 (Troubles de l'humeur persistants) - F38 (Autres troubles de l'humeur) - F39 (Troubles de l'humeur sans précision) - F40 (Troubles anxieux phobiques) - F41 (Autres troubles anxieux) - F42 (Trouble obsessionnel compulsif) - F43 (Réaction à un facteur de stress sévère et troubles de l'adaptation) - F44 (Troubles dissociatifs) - F45 (Troubles somatoformes) - F48 (Autres troubles névrotiques). 	<ul style="list-style-type: none"> - Antidépresseur codes ATC commençant par N06A - Lithium Code ATC = N05AN01 - Dépakote®. Code ATC = N03AG01, seulement les codes CIP 13 : 3400934876233, 3400934876691, 3400935444271 - Dépamide®. Code ATC = N03AG02 - Exclusion de la lévotonine (CIP 13 = 3400933338022)
<p>Déficience mentale</p>	<ul style="list-style-type: none"> - F70 (Retard mental léger) - F71 (Retard mental moyen) - F72 (Retard mental grave) - F73 (Retard mental profond) - F78 (Autres formes de retard mental) - F79 (Retard mental sans précision) 	<p>Remarque : Personnes en ALD au cours de l'année n avec codes CIM-10 de déficience mentale, et/ou personnes hospitalisées pour ce même motif - dans un établissement de santé non psychiatrique (MCO et/ou SSR et/ou psychiatrique - durant au moins une des 2 dernières années.</p>

<p>Troubles addictifs</p>	<ul style="list-style-type: none"> - F10 (Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool) - F11 (Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés) - F12 (Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis) - F13 (Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques) - F14 (Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne) - F15 (Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'autres stimulants, y compris la caféine) - F16 (Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'hallucinogènes) - F17 (Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de tabac) - F18 (Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de solvants volatils) - F19 (Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psycho-actives) 	<ul style="list-style-type: none"> - Remarque : Il existe par ailleurs 4 sous-groupes supplémentaires non exclusifs, afin d'identifier spécifiquement : - Les troubles addictifs liés à l'utilisation d'alcool (sup_PAddAlc_ind) - Les troubles addictifs liés à l'utilisation du tabac (sup_PAddTab_ind) - Les troubles addictifs liés à l'utilisation du cannabis (sup_PAddCan_ind) - Les troubles addictifs autres (hormis ceux liés à l'utilisation d'alcool, du tabac et du cannabis) (sup_PAddAut_ind)
<p>Troubles psychiatriques ayant débuté dans l'enfance</p>	<ul style="list-style-type: none"> - F80 (Troubles spécifiques du développement psychologique de la parole et du langage) - F81 (Troubles spécifiques du développement des acquisitions scolaires) - F82 (Troubles spécifiques du développement moteur) - F83 (Troubles spécifiques mixtes du développement) - F84 (Troubles envahissants du développement) - F88 (Autres troubles du développement psychologique) - F89 (Trouble du développement psychologique sans précision) - F90 (Troubles hyperkinétiques) - F91 (Troubles des conduites) - F92 (Troubles mixtes des conduites et troubles émotionnels) - F93 (Troubles émotionnels apparaissant spécifiquement dans l'enfance) - F94 (Troubles du fonctionnement social apparaissant spécifiquement dans l'enfance et l'adolescence) - F95 (Tics) - F98 (Autres troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence) 	
<p>Autres troubles psychiatriques</p>	<ul style="list-style-type: none"> - F04 (Syndrome amnésique organique, non induit par l'alcool et d'autres substances psychoactives) 	

- F05 (Delirium, non induit par l'alcool et d'autres substances psychoactives), à l'exclusion de
- F05.1 (Delirium surajouté à une démence) si le code F05 a été assigné lors d'une hospitalisation dans le RIM-P sans autre motif pour troubles psychiatriques
- F06 (Autres troubles mentaux dus à une lésion cérébrale et un dysfonctionnement cérébral et à une affection somatique)
- F07 (Troubles de la personnalité et du comportement dus à une affection, une lésion et un dysfonctionnement cérébraux)
- F09 (Trouble mental organique ou symptomatique sans précision)
- F50 (Troubles de l'alimentation)
- F51 (Troubles du sommeil non organiques)
- F52 (Dysfonctionnement sexuel non dû à un trouble ou à une maladie organique) ;
- F53 (Troubles mentaux et du comportement associés à la puerpéralité non classés ailleurs)
- F54 (Facteurs psychologiques et comportementaux associés à des maladies ou des troubles classés ailleurs)
- F55 (Abus de substances n'entraînant pas de dépendances),
- F59 (Syndromes comportementaux non précisés associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques)
- F60 (Troubles spécifiques de la personnalité)
- F61 (Troubles mixtes de la personnalité et autres troubles de la personnalité)
- F62 (Modification durable de la personnalité non attribuable à une lésion et une maladie cérébrale)
- F63 (Troubles des habitudes et des impulsions)
- F64 (Troubles de l'identité sexuelle)
- F65 (Troubles de la préférence sexuelle)
- F66 (Problèmes psychologiques et comportementaux associés au développement sexuel et à son orientation)
- F68 (Autres troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte)
- F69 (Trouble de la personnalité et du comportement chez l'adulte sans précision)
- F99 (Trouble mental sans autre indication)

Annexe 2 : Méthodologie médicales de l'Assurance Maladie pour les traitements psychotropes

Traitement psychotropes	Traitements et code ATC
Traitements antidépresseurs, Lithium, Dépoté et Dépamide (hors pathologies) (top_PAntiDe_med)	<p>Personnes ayant reçu au moins 3 délivrances d'antidépresseurs avec les codes ATC3 N06A (à l'exception de la lévotonine), de lithium, Dépakote® ou Dépamide® au cours de l'année n (à différentes dates), et qui n'ont pas de pathologie psychiatrique retrouvée</p> <p>Codes ATC utilisés</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antidépresseur codes ATC commençant par N06A • Lithium Code ATC = N05AN01 • Dépakote®. Code ATC = N03AG01, seulement les codes CIP 13 : 3400934876233, 3400934876691, 3400935444271 • Dépamide®. Code ATC = N03AG02 • Exclusion de la lévotonine (CIP 13=3400933338022)
Traitements neuroleptiques (hors pathologies) (top_PNeurol_med)	<p>Personnes ayant reçu au moins 3 délivrances de neuroleptiques au cours de l'année n (à différentes dates) c'est à dire d'un médicament dont le code ATC débute par N05A, à l'exception :</p> <ul style="list-style-type: none"> • des spécialités à base de lithium (utilisé comme thymorégulateur, code ATC N05AN01) et qui n'ont pas de pathologie psychiatrique retrouvée (voir ci-dessus) • de la spécialité AGREAL (code ATC N05AL06) • de la spécialité NEURIPLEGE (code CIP13 3400932896332) <p>Et qui n'ont pas de pathologie psychiatrique retrouvée.</p>
Traitements anxiolytiques (hors pathologies) (top_PAnxiol_med)	<p>Personnes ayant reçu au moins 3 délivrances d'anxiolytiques au cours de l'année n (à différentes dates), et qui n'ont pas de pathologie psychiatrique retrouvée (voir ci-dessus).</p> <p>Codes ATC utilisés</p> <p>N05BA01, N05BA04, N05BA05, N05BA06, N05BA08, N05BA09, N05BA11, N05BA12, N05BA16, N05BA18, N05BA21, N05BA23, N05BB01, N05BB02, N05BC01, N05BE01, N05BX03</p>
Traitements hypnotiques	<p>Personnes ayant reçu au moins 3 délivrances d'hypnotiques au cours de l'année n (à différentes dates), et qui n'ont pas de pathologie psychiatrique retrouvée (voir ci-dessus).</p> <p>Codes ATC utilisés</p> <p>N05BC51, N05CD02, N05CD03, N05CD04, N05CD05, N05CD06, N05CD07, N05CD11, N05CF01, N05CF02, N05CM11, N05CM16, N05CX</p>

Annexe 3 : Liste des ESMS pour adultes handicapés, financeurs, fonctions

Établissements	Financé par	Utilité
Centre de pré orientation (CPO),	Assurance Maladie	Ils contribuent à l'orientation professionnelle des personnes en situation de handicap qui rencontrent des difficultés d'insertion dans le milieu du travail. Ils proposent des stages pour affiner un projet professionnel et faciliter l'insertion professionnelle.
Centre de rééducation professionnelle (CRP)		Ils proposent des stages de rééducation professionnelle permettant aux personnes handicapées de suivre une formation qualifiante avec la possibilité d'être rémunérées. L'objectif est d'entraîner la personne au travail, en vue d'une insertion professionnelle.
Établissement d'accueil temporaire		Ils permettent d'être accueilli dans un établissement pour une durée limitée avec ou sans hébergement. Ils s'adressent aux personnes handicapées et leurs entourages, est un complément avec les accueils habituels en établissement et services sanitaires sociaux ou médico-sociaux.
Établissement expérimental		Ils bénéficient de financements de courtes durées et doivent être intégrés dans une catégorie existante ou faire l'objet d'une nouvelle catégorie.
Maison d'accueil spécialisée (M.A.S.)		Elles permettent d'accueillir des adultes handicapés qui ont besoin de surveillance médicale et des soins constants pour la poursuite de traitements.
Unités Évaluation Réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle (UEROS)		Cette unité constitue un outil au service de la personne en situation de handicap, de ses proches et des professionnels concernés. Elle a pour mission d'accueillir des travailleurs reconnus handicapés qui rencontrent des difficultés pour s'orienter professionnellement. L'UEROS permet d'évaluer ou de valider un projet professionnel à partir des aptitudes et des capacités de la personne
Groupe d'entraide Mutuelle (GEM)	CNSA	Structure de prévention et de compensation de la restriction de participation à la vie en société. C'est une association de personnes partageant la même problématique de santé ou des situations de handicap dont l'objectif est de favoriser des temps d'échange, d'activités et de rencontres susceptibles de créer du lien et de l'entraide mutuelle entre les adhérents.
Foyer d'accueil médicalisé (F.A.M.)	Conseil départemental et assurance maladie	Elles permettent d'accueillir des adultes handicapés dont la dépendance totale ou partielle les rend inaptes à toutes activités professionnelles et rend nécessaire l'assistance d'une tierce personne. Ils assurent l'hébergement, la surveillance paramédicale, un suivi médical constant et une rééducation d'entretien et une animation

Établissement d'accueil médicalisé en tout ou partie pour personnes handicapées (E.A.M.)		Suite aux changements de nomenclature des dispositifs médico-sociaux spécialisés dans la prise en charge des personnes en situation de handicap, les EAM regroupent l'ensemble des établissements relevant de l'assurance maladie et de l'aide sociale départementale, c'est-à-dire l'ensemble des dispositifs assurant des soins tels que les FAM et les établissements qui comportent à la fois une section médicalisée et une section non médicalisée.
Services d'accompagnement Médico-sociaux pour adultes Handicapés (SAMSAH)		Ils accompagnent les adultes handicapés dans leurs projets de vie tout en favorisant les liens familiaux, sociaux, scolaires, professionnels. Ils prennent en charge les personnes ayant besoin d'une assistance ou un accompagnement pour tout ou une partie des actes essentiels de l'existence, d'un accompagnement social en milieu ouvert et un apprentissage à l'autonomie de soins réguliers et coordonnés. Un accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert.
Établissement d'accueil non médicalisé pour personnes handicapées (E.A.N.M.)	Conseils départementales	Suite aux changements de nomenclature des dispositifs médico-sociaux spécialisés dans la prise en charge des personnes en situation de handicap, les EANM regroupent l'ensemble des dispositifs n'assurant pas de soins médicaux, tels que les FDV (Foyer de Vie), FH (Foyer d'hébergement pour travailleurs en situation de handicap), etc.
Foyer d'accueil polyvalent		Ils permettent de comptabiliser les foyers d'hébergement proposant aux adultes handicapés à la fois de l'internat, des activités occupationnelles et de la prise en charge médicalisée.
Foyer d'hébergement		Ils ont pour objectifs de placer l'adulte handicapés dans une dynamique d'insertion sociale. Ils assurent l'hébergement et l'entretien des personnes handicapés qui exercent une activité pendant la journée, en milieu ordinaire, dans différents établissements.
Foyer de vie et occupationnel		Ce sont des établissements qui accueillent des adultes handicapés ayant une certaine autonomie pour leur proposer des animations, des activités en fonction de leurs handicaps. Certaines structures proposent un hébergement.
Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)		Ils contribuent à la réalisation de projet de vie de personnes handicapées par un accompagnement adapté le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaire ou professionnelle.
Établissement et service d'aide par le travail (ESAT)		État

Annexe 4 : ESMS pour enfants, adolescents handicapés, financeurs et fonctions

Établissements	Financé par	Utilité
Institut médico-éducatif - IME	Assurance maladie	Ils s'adressent aux enfants atteints de déficience à prédominance intellectuelle et proposent une prise en charge scolaire, éducative et thérapeutique équilibrée. Ils favorisent l'épanouissement et l'autonomie maximale quotidienne sociale et professionnelles
Les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques - ITEP		Ils accueillent des enfants présentant des troubles du comportement qui perturbent leur socialisation et l'accès aux apprentissages, sans pathologie psychotique ni déficience intellectuelle Leur objectif est de favoriser le retour à un dispositif éducatif ordinaire ou adapté
Établissement pour enfants polyhandicapés		Les enfants polyhandicapés, présentant un handicap grave à expressions multiples associant déficiences motrices et déficiences mentales qui entraînent une restriction de leur autonomie, nécessitent une assistance constante pour les actes de la vie quotidienne Ils sont accueillis et suivis par les établissements pour enfants polyhandicapés.
Établissement pour enfant déficient moteur Institut d'éducation motrice IME		Ils accueillent des enfants ou adolescents présentant une déficience motrice avec troubles associés et nécessite le recours à des moyens spécifiques pour le suivi médical, l'éducation spécialisée, la formation générale et professionnelle, afin de réaliser leur inclusion familiale, sociale et professionnelle.
Service pour enfants : Services d'éducation spéciale de soins à domicile - SESSAD		Les Sessad interviennent au sein des différents lieux de vie de l'enfant (domicile, lieu d'accueil de la petite enfance, centre de loisirs) Ils apportent un soutien éducatif et thérapeutique individualisé
Établissements pour jeunes déficients sensoriels dont IDA et IDV Institut d'éducation visuelle et auditif		Les établissements pour jeunes déficients sensoriels accompagnent des enfants présentant une déficience auditive ou visuelle incompatible avec des conditions de vie et de scolarité dans un établissement d'enseignement ordinaire ou adapté. Cet établissement leur assure par conséquent des soins et une éducation spécialisée
Établissement d'accueil temporaire pour enfant handicapé EATEH		Établissement crée pour soutenir les aidants familiaux et répondre à des besoins ponctuels

Établissement expérimentale pour enfant handicapé EEEH		Ils visent à promouvoir de nouvelles formes de prise en charge.
Centre médico psycho pédagogiques CMPP	Assurance maladie	Services médico-sociaux assurant des consultations, des diagnostics et des soins ambulatoires pour des enfants et adolescents de 0 à 20 ans. Les CMPP sont fréquemment consultés en première intention dans le cadre de troubles psychiques, avec des manifestations symptomatologiques, comportementales ou instrumentales variées et pour lesquels il est difficile de faire un lien avec la gravité de la pathologie sous-jacente.
Centre d'action medio sociale précoce (CAMSP)		Un CAMSP est spécialisé dans la petite enfance, seuls les enfants de 0 à 6 ans peuvent y être accueillis. Les CAMSP peuvent être spécialisés dans la prise en charge d'une déficience : visuelle, motrice etc..., ils peuvent aussi être polyvalents et accueillir tous les enfants en situation de handicap.
Jardin d'éducation spécialisé JES		Accueil d'enfants handicapés de 2 à 6 ans, présentant une déficience intellectuelle avec ou sans troubles associés.
Foyers d'hébergement pour enfants et adolescents		Foyer accueillant des enfants et adolescents de 3 à 20 ans en internat ou semi-internat. Il met donc en œuvre des moyens médico-éducatifs destinés à permettre à débiter ou restaurer le bon déroulement de la scolarité. Il apporte à l'enfant des prises en charge diversifiées : éducative, scolaire, rééducative et psychothérapeutique

Annexe 5 : Calcul de la part des personnes atteintes de handicap psychique pour les établissements financés par le conseil départemental

Type de structure	Nombre de places installées	Pourcentage de handicap psychique	Nombre de personne installées atteint de handicap psychique (calculé)
Foyer d'accueil médicalisé (FAM)	29 300 (11)	27% (11)	7 911
Foyer de vie ou occupationnel (FV, FO) Foyer polyvalent (FP)	59 300 (11)	19% (11)	11 267
Foyer d'hébergement (FH)	36 100 (11)	20% (11)	7 220
Total	124 700	21,17%	26 398

Annexe 6 : Liste des allocations pour les personnes handicapées psychiques, financeurs, fonctions

Allocations	Financé par	Utilité
Allocation garantissant un minimum de ressource		
Allocation d'adulte handicapée (AAH)	L'État	Elle s'adresse aux personnes handicapées âgées de plus de 20 ans ne pouvant prétendre ni à un avantage vieillesse ni à une pension d'invalidité ni à une rente d'accident du travail. Le titulaire doit justifier d'un taux d'incapacité d'au moins 80%, ou d'au moins 50% si la CDAPH (commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées) reconnaît qu'il lui est impossible de travailler en raison de son handicap
Majoration pour vie autonome (MVA)	L'État	En complément de AAH : est une prestation forfaitaire qui permet aux personnes souffrant d'un handicap, qui vivent dans un logement indépendant, de couvrir les dépenses que cela implique. (Adaptation du logement au handicap etc.) (elle remplace l'aide à l'autonomie depuis 01/07/2015)
Allocation de compensation		
Prestation de compensation du handicap (PCH) (remplace l'allocation compensatrice pour tierce personnes (ACTP))	Conseils départementaux	L'aide est octroyée en fonction des limitations fonctionnelles. Elle est attribuée aux personnes qui présentent une difficulté absolue pour la réalisation d'une activité ou une difficulté pour la réalisation d'au moins deux activités. Il s'agit d'une aide en nature, permettant de financer un ou plusieurs types de prise en charge : aides humaines, aides techniques, aménagements du logement et du véhicule, charges spécifiques ou exceptionnelles, aides animalières.
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	Conseils départementaux	Destinées aux personnes âgées de 60 ans ou plus qui sont évaluées comme dépendantes d'après la grille AGGIR qu'elles vivent à leur domicile ou résident en établissement. Elle permet de financer en partie les différentes aides (humaine et techniques) auxquelles ces personnes ont recours pour compenser leurs difficultés dans la réalisation des actes de la vie quotidienne.
Allocation d'éducation de l'enfant handicapée (AEEH) qui est remplacé par la PCH enfants depuis 2008	Assurance Malade	Prestation familiale, sans condition de ressource, destinée aux enfants de moins de 20 ans qui présentent un handicap entraînant une incapacité permanente d'au moins 80% ou comprise entre 50% et 80% s'ils fréquentent un établissement d'enseignement adapté ou s'ils ont recours à un dispositif d'accompagnement ou à des soins dans le cadre de mesures préconisées par la CDAPH.

Annexe 7 : Calcul de la part des bénéficiaires de l'APA souffrant de handicap psychique pour l'année 2018

Répartition des bénéficiaires de l'APA payés selon leur tranche d'âge (5 ans)

Tranche d'âge	Proportion (11)	Effectif en 2018 (Calculé)
60-64 ans	1,60%	21 182
65-69 ans	4,70%	62 223
70-74 ans	7,70%	101 940
75-79 ans	11,80%	156 220
80-84 ans	21,60%	285 962
85-89 ans	27,50%	364 073
90 ans +	25,10%	332 299

	Proportion des bénéficiaires de PCH (19)	Nombre de bénéficiaire de PCH (11)	Proportion de la population totale (30)	Population totale (20)	Nombre de bénéficiaire de la PCH atteint de handicap psychique (Calculé)	Proportion des personnes percevant la PCH atteint de handicap psychique dans à la population totale (Calculé)	Nombre de bénéficiaire de l'APA (Calculé)	Nombre supposé de bénéficiaire de l'APA ayant un handicap psychique, anciennement bénéficiaire de la PCH (Calculé)	Pourcentage supposé de personne recevant l'APA qui recevait anciennement la PCH (Calculé)
Moins de 20 ans	6,3%	19783	24,0%	16 099 187	1484	0,009%	-	-	-
De 20 à 29 ans	11,1%	34893	11,2%	7 519 096	2617	0,035%	-	-	-
De 30 à 39 ans	12,4%	39070	12,4%	8 293 167	2930	0,035%	-	-	-
De 40 à 49 ans	16,2%	51148	12,9%	8 668 684	3836	0,044%	-	-	-
De 50 à 59 ans	28,0%	88250	13,1%	8 806 816	6619	0,075%	-	-	-
De 60 à 69 ans	21,5%	67787	12,0%	8 021 622	5084	0,063%	83 406	5084	-
70 ans ou plus	4,4%	13928	14,3%	9 584 127	1045	0,011%	1 240 494	1045	-

ESAT	État		2 800 000 000	23%	644 000 000
				Total	3 329 451 129

Annexe 9 : Coût annuel des ESMS financé par le conseil départemental pour les personnes handicapées psychiques

Établissements	Financé par	Coût total annuel en €	Part handicap psychique en %	Budget alloué aux personnes handicapées psychiques en euros (calculé)
FAM et EAM	Conseils départementaux	5 200 000 000	21	1 102 400 000
EANM				
Foyer de vie et occupationnel				
Foyer d'accueil polyvalent				
Foyer d'hébergement		366 010 000	32	117 123 200
SAVS				
SAMSAH				
			Total	1 219 523 200

Annexe 10 : Coût annuel des ESMS financé par les ménages pour les personnes handicapées psychiques

Type d'établissement	Nombre de places installées	Pourcentage de déficient psychique	Nombre de personne installées atteint de handicap psychique	Coût des ménages à l'année
FAM	29300	27%	7911	57 750 300
MAS	29360	14%	4110	30 005 920
Foyer de vie et occupationnel	59300	19%	11267	82 249 100
Foyer d'accueil polyvalent				
Foyer d'hébergement	36100	20%	7220	52 706 000
EATAH	761	37%	1433	10 458 272
EEAH	3111			
			Total	233 169 592

En prenant compte le forfait journalier de 20€ par jour

Annexe 11 : Coût annuel des allocations allouées aux personnes handicapées psychiques

Type d'allocation	Financée par	Nombre de bénéficiaire	Budget total annuel	Part des personnes atteintes de handicap psychique en %	Budget imputable aux personnes atteintes de handicap psychique (calculé) en €
Allocation garantissant un minimum de ressource					
AAH et MVA	État	1 194 500	9 747 000 000	28	2 924 100 000
Allocation de compensation					
PCH	Conseils départementaux	314 900	2 425 000 000	8,1	196 425 000
ACTP		58 250			
APA)		1 324 000	6 024 000 000	0,47	28 312 800
AEEH	Assurance maladie	295 400	1 035 723 457	12,5	129 465 432
				Total	3 278 303 232

Bibliographie

Coût de la prise en charge du secteur sanitaire :

1. Assurance Maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses - Propositions de l'assurance maladie pour 2021. Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale. Juillet 2020.
2. QUANTIN C. Etudes des algorithmes de définition de pathologies dans le système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM). 2015.
3. Coldefy, al. Atlas de la santé mentale en France. Ouvrage Irdes. 1 mai 2020.
4. Catherine B. L'autisme - rapport de l'INSERM. 2019.
5. Assurance Maladie. Personnes prises en charge pour autres troubles psychiatriques en 2018. 2020.
6. Assurance Maladie. Personnes prises en charge pour troubles addictifs en 2018. 2020.
7. Assurance Maladie. Personnes prises en charge pour troubles psychiatriques ayant débuté dans l'enfance en 2018. 2020.
8. Assurance Maladie. Personnes prises en charge pour troubles névrotiques et de l'humeur en 2018. 2020.
9. Assurance Maladie. Personnes prises en charge pour troubles psychotiques en 2018. 2020.
10. Assurance Maladie. Personnes prises en charge pour déficience mentale en 2018. 2020.
11. CNAM. Cartographie des pathologies et des dépenses : Méthode d'affectation des dépenses aux pathologies, traitements et événements de santé développée par la Cnam. 2020.
12. Assurance Maladie. Personnes traitées par hypnotiques (hors pathologies) en 2018. 2020.
13. Assurance Maladie. Personnes traitées par anxiolytiques (hors pathologies) en 2018. 2020.
14. Assurance Maladie. Personnes traitées par neuroleptiques (hors pathologies) en 2018. 2020.
15. Assurance Maladie. Personnes traitées par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur (hors pathologies) en 2018. 2020.
16. Chevreul K, Durand-Zaleski I, Prigent A, Bourmaud A. Le coût de la pathologie mentale en France en 2007. 2013;

Coût de la prise en charge médico-social et social

1. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *Int J Epidemiol.* avr 2014;43(2):476-93.
2. Leboyer M, Llorca P-M, Durand-Zaleski I. *Psychiatrie: l'état d'urgence.* Paris: Fayard; 2018. 418 p.
3. Broutin S. Médicosocial en santé mentale : histoire et réalités institutionnelles. *L'information psychiatrique.* 11 oct 2019;Volume 95(7):496-502.
4. OMS. Constitution de l'OMS.
5. Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale, éditeur. *Santé mentale: relever les défis, trouver des solutions : rapport de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS.* Copenhague: Organisation mondiale de la santé; 2017.
6. World Health Organization, éditeur. *World report on disability.* Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2011. 325 p.
7. Coldefy, al. *Atlas de la santé mentale en France. Ouvrage Irdes.* 1 mai 2020;(4).
8. Toupin M-H, Zemirli Y. *Analyse des comptes administratifs 2017 et 2018.* CNSA. 2020;
9. DREES. *Panorama Statistiques : Système de protection sociale.* 2019;
10. Jagorel Q, Lajoumard D, Momboisse P, Jacquy B, Laurent A, Laidi C. *Les établissements et services d'aide par le travail (ESAT).* 2019;186.
11. Leroux I, Diallo CT, Abassi E. *L'aide et l'action sociales en France - Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion - Édition 2020 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.* 2020;
12. CNSA. *Bilan d'activité des groupes d'entraide mutuelle (GEM). Année 2018.* 2019;30.
13. ARS d'Île-De-France. *Rapport régional d'orientation budgétaire 2020 de l'ARS d'Ile De France.* 2020.
14. Leroux I. *L'aide et l'action sociales en France - Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion - Édition 2019 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.* 2019;
15. Assurance Maladie. *Forfait journalier.*
16. Calvo M. *En 2018, le nombre d'allocataires de minima sociaux repart légèrement à la hausse | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.* 2019;
17. LO S-H. *Augmentation des bénéficiaires de l'AEEH et de l'activité des CDAPH concernant les enfants handicapés en 2006.* 2007;

18. Lo S-H, Dos Santos S. Les bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne et de la prestation de compensation du handicap : deux populations bien différentes. 2011;8.
19. DREES. Open Data - Jeux de données — DATA.DREES. 2020.
20. INSEE. Les résultats des recensements de la population | Insee. 2019;
21. DREES, INSEE. L'Enquête Handicap-Santé 2008-2009, volet ménages, INSEE | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.
22. Dutheil N. Les aides et les aidants des personnes âgées. 2001;12.
23. DARES. Aider un proche : quels liens avec l'activité professionnelle ? 2017;
24. Soullier N. L'aide humaine auprès des adultes à domicile : l'implication des proches et des professionnels. 2012;
25. Martinez P, Gallay A-L. Baromètres des aidants - Fondation APRIL. 2019;46.
26. Aide à domicile (services à la personne) : rémunération du salarié. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F142>
27. Chevreul K, Durand-Zaleski I, Prigent A, Bourmaud A. Le coût de la pathologie mentale en France en 2007. 2013;
28. Dauphin L, Levieil A. Le nombre des bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés a doublé depuis 1990 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. 2018;
29. Bourgeois D. Le Compte social du handicap en 2007. 2009;8.
30. INSEE. Bilan démographique 2020 - Insee Première - 1834.

Coût de la perte de qualité de vie :

1. Armstrong D, Caldwell D. Origins of the concept of quality of life in health care : a rhetorical solution to a political problem. *Soc Theory Health*. 22 oct 2004;(361-371).
2. Benamouzig D. Mesures de qualité de vie en santé. 2010;(4).
3. Whiteford H, Degenhardt L, Rehm J, Baxter A, Ferrari A, Erskine H. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Last epidemiological overview of global burden of mental and addictive disorders. 2013;
4. Devleeschauwer B, Havelaar AH, Maertens de Noordhout C, Haagsma JA, Praet N, Dorny P, et al. Calculating disability-adjusted life years to quantify burden of disease - PubMed [Internet]. [cité 9 avr 2021]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24752429/>
5. Torgerson PR, Rüegg S, Devleeschauwer B, Abela-Ridder B, Havelaar AH, Shaw APM, et al. zDALY: An adjusted indicator to estimate the burden of zoonotic diseases. *One Health*. 1 juin 2018;5:40-5.
6. OMS. 2019;
7. World Bank. World Development Report 1993 : Investing in Health. New York: Oxford University Press. 1993;
8. GHDx, OMS. Global Health Data Exchange. 2018.
9. Mason H, Jones Lee M, Donaldson C. Modelling the monetary value of a QALY. *Health Econ*. 2009;933-50.
10. Téhard B, Detournay B, Borget I, Roze S, De Pourville G. Value of a QALY for France: A New Approach to Propose Acceptable Reference Values. 2020. *VALUE HEALTH*. :985-93.
11. GBD. Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2018 (GBD 2018) results. [Internet]. Disponible sur: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>
12. Chevreur K, Durand-Zaleski I, Prigent A, Bourmaud A. Le coût de la pathologie mentale en France en 2007. 2013;
13. Fryback D. Health Adjusted Life Years (HALYS) to measure disease Burden. 2006;
14. Hofstetter P, Hammitt J. Selectinf human health metrics for environmental decision support tools. 2002;
15. Lyttkens. Time to disable DALYs? In the use of SALYs in health policy. 2000;
16. Hofstetter P, Hammitt J. Human health metrics for environnemntal decision support tools : lessons from health economics and decision anlaysis. 2001;
17. Havelaar AH, Melse JM. Quantifying public health risk in the WHO Quidelines for Drinking water quality : a burden of disease approch. 2003;

Coût de la perte de productivité

1. Adamiak G. Methods for the economic evaluation of health care programmes, 3rd ed. J Epidemiol Community Health. sept 2006;60(9):822-3.
2. Chevreul K, Durand-Zaleski I, Prigent A, Bourmaud A. Le coût de la pathologie mentale en France en 2007. 2013;
3. Lidgren M, Wilking N, Jönsson B, Rehnberg C. Health related quality of life in different states of breast cancer. Qual Life Res. 1 août 2007;16(6):1073-81.
4. Baranger B. L'économie sociale et solidaire - INSEE ile de france. 2003;(227).
5. Laroque G, Salanié B. Une décomposition du non-emploi en France. Economie et Statistique. 2000;331(1):47-66.
6. Malakoff H. Absentéisme au travail 2019 - Malakoff Humanis. 2020.
7. INSEE. Statistiques - INSEE Disponible sur: <http://insee.fr/statistiques>
8. Morvan Y, Prieto A, Briffault X, Blanchet A, Dardennes R, Rouillon F, et al. La dépression en France : Prévalence, facteurs associés et consommation de soins. 2005;
9. Assurance Maladie. Les affections psychiques liées au travail - Enjeux et actions 2018_affections psychiques travail.pdf. 2018;
10. DARES. Aider un proche : quels liens avec l'activité professionnelle ? 2017;
11. Dutheil N. Les aides et les aidants des personnes âgées. 2001;12.
12. Soullier N. L'aide humaine auprès des adultes à domicile : l'implication des proches et des professionnels. 2012;
13. DREES. Panoramas de la DREES - Les dépenses de santé en 2018 - résultats des compte de la santé. Edition 2019. 2019;
14. Delvaux, G. Montant de l'allocation chômage versées aux demandeurs d'emploi indemnisés par l'assurance chômage - pôle emploi. 2019.
15. DARES I. Enquête Emploi : insertion professionnelle des personnes handicapées. Ministère de l'emploi et de la solidarité. 2002;
16. Assurance Maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. 2020;
17. Cuerq, Païta, Ricordeau P. Les causes médicales de l'invalidité en 2006, Points de repère. 2008.
18. Legal A, Legendre E, Girault O, Reduron V, Van Wassenhove T. Chiffres-clés des prestations légales 2018 - DREES. Octobre 2018.
19. INSEE. Les résultats des recensements de la population | Insee. 2019;
20. DREES, INSEE. L'Enquête Handicap-Santé 2008-2009, volet ménages, INSEE | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.
21. Martinez P, Gallay A-L. Baromètres des aidants - Fondation APRIL. 2019;46.